

CAPÍTULO VII

Salud mental en Chile desde la perspectiva de
derechos humanos

Salud mental en Chile desde la perspectiva de derechos humanos

ANTECEDENTES¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un “estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a su comunidad”. (OMS, 2023, p. 8). Además, subraya que la salud mental no debe ser concebida por los Estados como la mera ausencia de un trastorno físico o mental, sino como un componente integral de la salud y el bienestar, y que debe ser considerada parte del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

A nivel global existe una alta prevalencia de problemas de salud mental², con casi mil millones de personas que presentan un trastorno mental diagnosticable, los más comunes son los trastornos de ansiedad y depresivos (OMS, 2023). La pandemia de COVID-19 tuvo un significativo impacto en la salud mental, tanto en el aumento de los problemas de salud mental como en las limitaciones de acceso a prestaciones de esta naturaleza³.

Frente a esta realidad, la respuesta de los Estados ha sido evaluada por la OMS (2023) como insuficiente e inadecuada, al ser evidente que los sistemas de salud son incapaces de satisfacer las necesidades de la población mediante los servicios disponibles. Según las cifras de la OMS, en promedio, los países destinan menos del 2% de su presupuesto de salud a salud mental, y estima que solo el 29% de las personas con psicosis accede a servicios de salud mental.

1 Este capítulo tiene como objetivo general analizar, desde una perspectiva de derechos humanos, la situación de la salud mental en Chile y los desafíos que enfrenta el Estado para garantizar su pleno resguardo. Para ello, se establecen las obligaciones estatales en materia del derecho humano a la salud mental y los estándares generales aplicables a este derecho; se describe la situación de salud mental en nuestro país y las acciones implementadas por el Estado para enfrentar esta problemática; y se identifican eventuales brechas entre las obligaciones y las acciones estatales para dar cumplimiento a ellas.

2 Para la OMS (2023), problema de salud mental es un “término amplio que abarca las personas con trastornos mentales y discapacidad psicosocial. También engloba otros estados mentales asociados con malestar psicológico significativo, discapacidad funcional o riesgo de comportamiento autolesivo” (p. 8). La discapacidad psicosocial “es la que surge cuando alguien con una deficiencia mental a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Algunos ejemplos de este tipo de barreras son la discriminación, la estigmatización y la exclusión” (p.8).

3 Solo un año después de la pandemia se registró un aumento de 28% en los trastornos depresivos mayores y de 26% en los trastornos de ansiedad (Organización Mundial de la Salud, 2023)

Para que los Estados garanticen el derecho a la salud mental y cumplan sus obligaciones en esta materia, tanto la OMS (2001, 2023) como distintos órganos internacionales de derechos humanos han recomendado expresamente a los Estados superar el enfoque biomédico, centrado en los trastornos o enfermedades, al considerar que éste ignora la condición de titulares de derechos de las personas con problemas de salud mental, sin respetar su autonomía⁴. En su lugar, recomiendan a los Estados adoptar un enfoque holístico e integral que preste atención a los determinantes sociales de la salud y a la inclusión de las personas en la comunidad, como un factor central para la protección y garantía de sus derechos humanos.

Según han señalado la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas de los Derechos Humanos (OACNUDH) y la OMS (2023), los Estados deben considerar que la salud mental está determinada “por las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y no puede considerarse aisladamente de la realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales” (OMS y OACNUDH, 2023, p. 9).

A nivel regional, la *Declaración de Caracas* (1990)⁵ contribuyó a promover este cambio de enfoque y a la implementación de distintas reformas en países de la región, incluido Chile (OMS, 2023). Posteriormente, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental* (Asamblea General de Naciones Unidas, 1991) para promover la atención en la comunidad y los derechos de las personas con trastornos mentales. Estos Principios reconocen que pueden existir violaciones a los derechos humanos por la discriminación, irresponsabilidad y falta de acceso a servicios, así como “por la práctica de intervenciones intrusivas, restrictivas y regresivas” (OMS, 2001, p. 65).

Los Estados, incluido Chile, se comprometieron a dar cumplimiento al *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030* que entre sus objetivos considera “proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios”; desarrollar estrategias de promoción y prevención, y fortalecer los sistemas de información y las investigaciones sobre la salud mental (OMS, 2022). Este Plan incorpora directrices transversales para orientar las políticas nacionales, entre las que se destacan proveer cobertura sanitaria universal; dar cumplimiento a los estándares de derechos humanos, y asegurar la participación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales en la promoción, políticas, planificación, legislación, prestación de servicios,

4 En este sentido, ver las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos (2023); del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2017), y del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016).

5 Adoptada en la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina convocada por la Organización Panamericana de la Salud y la OMS, realizada en Caracas, el 14 de noviembre de 1990.

seguimiento, investigación y evaluación en materia de salud mental (OMS, 2022).

A nivel mundial, Chile es, después de Suecia, el segundo país más preocupado por la salud mental (IPSOS, 2023). Dos tercios de las personas que viven en Chile consideran que la salud mental es uno de los mayores problemas de salud a los que se enfrenta el país (IPSOS, 2023).

La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 evidenció que un 11,2% de las personas declaran haber tenido trastorno depresivo alguna vez en la vida, y un 1,7% trastorno bipolar en sus distintas formas. Por su parte, el Ministerio de Salud (MINSAL) señala que la prevalencia de trastorno depresivo en los últimos doce meses es de 6,2% “siendo casi 5 veces mayor en mujeres que en hombres (10,1% vs. 2,1%)” (MINSAL, 2024, p. 11).

El *Termómetro de la Salud Mental* (2024) de la Asociación Chilena de Seguridad y la Pontificia Universidad Católica reporta que, en abril de 2024, el 13,4% de las personas encuestadas presentaron sospecha de problemas de salud mental y el 6,8% exhibió síntomas moderados o severos de depresión, precisando que estos síntomas se duplican en el caso de las mujeres (Bravo et al., 2024).

Las diferencias entre hombres y mujeres en la prevalencia de problemas de salud mental se debe, entre otras razones, a la excesiva carga mental asociada al trabajo remunerado y no remunerado, vinculado principalmente a labores de cuidado⁶ (ONU Mujeres, 2023). En el contexto de la pandemia por COVID, 4 de cada 5 mujeres declaró haber experimentado problemas de salud mental (estrés, angustia, miedo y otros), mientras que, en el caso de los hombres, fueron 3 de cada 5 (Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, 2020).

Chile era también en 2014 uno de los países con mayor prevalencia de problemas de salud mental en niños y niñas menores de 5 años, mientras que la tasa de suicidio en adolescentes se estimaba superior al promedio de la OCDE (Superintendencia de Salud, 2021a). Además, la demanda por atención y acceso a tratamiento de salud mental de niños, niñas y adolescentes ha aumentado notoriamente, tanto en el sistema público (MINSAL, 2024) como privado en la última década (Superintendencia de Salud, 2021a).

Adicionalmente, se observa que el 7% de las personas mayores de 60 años sufre algún tipo de demencia y que la demencia por Alzheimer en 2023 ocupó el quinto lugar entre las causas de mortalidad (Superintendencia de Salud, 2023).

6 La Encuesta de Empleo del Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales (2020) reveló que el 38% de los hombres que viven con su familia había dedicado cero horas semanales a realizar tareas domésticas, en tanto en hogares con hijos menores de 18 años, el 71% de los padres también dedicó cero horas al acompañamiento en tareas escolares. Las mujeres dedicaron 14 horas semanales más que los hombres al cuidado de niños menores de 14 años.

En el ámbito laboral, la Superintendencia de Seguridad Social (2023) informó que, excluidos los casos por COVID-19, en 2022 el 67% de los trabajadores que presentaron una enfermedad profesional de origen laboral reportó diagnósticos de salud mental. El 77% de las mujeres y el 55% de los hombres presentaron este tipo de enfermedades por diagnósticos de salud mental⁷.

Además, del total de licencias médicas tramitadas en 2022, un 30% correspondió a enfermedades mentales, mientras que el gasto total por subsidios de incapacidad laboral asociado a problemas de salud mental pasó de 37,9% en 2021 a 41,6% en 2022 (Superintendencia de Seguridad Social, 2023a). Adicionalmente, se observa una mayor tasa de rechazo a las licencias médicas otorgadas por este tipo de diagnósticos en comparación con otros problemas de salud, diferencia que se acentúa en el caso de las ISAPRES (Superintendencia de Salud, 2024)⁸.

En cuanto al financiamiento, en 2018 el gasto público en prestaciones para problemas de salud mental era el 2,1% del total del presupuesto público de salud, el país de la OCDE con el menor gasto para este tipo de prestaciones (OCDE, 2021). De acuerdo a los datos de la Superintendencia de Salud, en Chile 3 de cada 4 personas están cubiertas por el seguro público de salud o FONASA, por lo tanto, pueden acceder gratuitamente a la red pública de salud. No obstante, el MINSAL (2024) estima una baja cobertura de atención en el sector público, considerando que la prevalencia de problemas de salud mental bordea al 20% de toda la población. Asimismo, se observan importantes brechas en la disponibilidad de servicios, personal especializado y demora en la atención en todo el sistema público de salud, tanto a nivel de atención primaria como en especialidades y una evidente inequidad territorial (MINSAL, 2017, 2019, 2024).

Por otra parte, en el sector privado los problemas se vinculan principalmente a la accesibilidad económica, debido a la menor cobertura que ofrecen las ISAPRES para las prestaciones de salud mental y su alto valor en los establecimientos privados, particularmente de las consultas psiquiátricas (Superintendencia de Salud, 2023e)⁹.

7 La Superintendencia constató además un aumento de este tipo de diagnóstico respecto del 52% registrado el año 2021. En 2022, las mujeres aumentaron 9 puntos porcentuales y los hombres, 20 puntos.

8 Más del 86% de las licencias médicas emitidas por profesionales médicos considerados "grandes emisores"-quienes concentran la fiscalización por el mal uso de estos instrumentos- han sido otorgadas por diagnósticos de salud mental (SUSESO, 2023b, 2024).

9 En la prensa se ha reportado que el valor de las consultas psiquiátrica puede fluctuar entre 40 y 100 mil pesos (Astaburuaga, 2022; González, 2021).

Distintos diagnósticos y reportes sobre la garantía del derecho a la salud mental en Chile han destacado que entre sus principales desafíos están la incorporación efectiva de un enfoque de derechos humanos que permita superar el paradigma biomédico; el escaso presupuesto; el uso inadecuado de los recursos disponibles, y la inequidad de acceso a prestaciones de esta naturaleza (J. Cea, 2018; J. Cea, 2020; Comité para la Prevención de la Tortura [CPT], 2021; Errázuriz et al., 2015; Ferrari, 2017; Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2017; MINSAL, 2017; Minoletti et al., 2018).

Tras recibir información sobre posibles maltratos, castigos, amenazas, abuso físico y sexual de personas con problemas de salud mental institucionalizadas bajo cuidado y custodia estatal¹⁰, tanto el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) como el CPT han recomendado al Estado adoptar medidas para prevenir la afectación del derecho a la integridad física y psíquica de estas personas (CPT, 2021; INDH, 2017)¹¹.

Desde el año 2011, el INDH ha formulado recomendaciones al Estado orientadas a superar los obstáculos legales y prácticos para el pleno reconocimiento de los derechos a la educación y trabajo de las personas con discapacidad mental; asegurar el reconocimiento de su autonomía y capacidad jurídica, y garantizar el derecho de acceso a la justicia de este grupo de personas (INDH, 2011, 2012, 2014 y 2016). El Instituto ha señalado que el Estado debería implementar un modelo de apoyo en la toma de decisiones que potencien la autonomía de las personas con discapacidad mental, así como también adoptar medidas para fortalecer el rol de la Comisión Nacional (CONAPREM) y de las Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales (CO-REPPREM) en la evaluación y autorización previa de procedimientos irreversibles (INDH, 2016). Por su parte, el Estado ha reconocido las dificultades para adoptar y hacer efectivo un cambio de paradigma y el cumplimiento de los estándares de derechos humanos (MINSAL, 2017).

Con el propósito de dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población, en 2017 el MINSAL presentó el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Este documento detalla que, hasta ese momento, Chile era uno de los pocos países de América que no había actualizado sus políticas de salud mental, mientras que, a nivel mundial, se encontraba dentro del 40% de países que no tenían una ley de salud mental (MINSAL, 2017).

10 En mayo de 2021, luego de que el INDH presentara una querrela ante el Segundo Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Santiago, se condenó a un funcionario de un establecimiento psiquiátrico por el delito de tortura sexual cometido en contra de una mujer institucionalizada.

11 El INDH recomendó evitar la realización de tratamientos psiquiátricos sin consentimiento; reducir la internación de personas con discapacidad mental en unidades de larga estadía que dependen de establecimientos psiquiátricos de la red pública de salud, y otras acciones específicas para prevenir actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en dichos recintos (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2017). El CPT (2021) ha monitoreado los principales problemas asociados a la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en el ámbito de las personas con problemas de salud mental que se encuentran bajo la custodia del Estado.

Frente a los problemas de salud mental de la población y el mayor esfuerzo que ha venido realizando el Estado para atender las necesidades de la ciudadanía en este ámbito, el presente capítulo analiza los avances y desafíos para garantizar el derecho a la salud mental en Chile, desde una perspectiva de derechos humanos. Con esa finalidad se abordan las obligaciones estatales y los estándares internacionales, junto con la situación del derecho a la salud mental en nuestro país y las medidas implementadas por el Estado para responder a las distintas dimensiones que concurren en la garantía del derecho a la salud mental¹². Finalmente, se ofrecen recomendaciones para contribuir al diseño y adecuada implementación de medidas que garanticen el ejercicio de este derecho.

OBLIGACIONES Y ESTÁNDARES DE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE SALUD MENTAL

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ([PIDESC], 1966), en su artículo 12, consagra el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y especifica las obligaciones que los Estados deberían cumplir para consagrar la plena efectividad de este derecho, tales como crear condiciones que aseguren asistencia y servicios médicos a todas las personas y adoptar medidas para prevenir y tratar las enfermedades.

A nivel regional, la Convención Americana sobre Derechos Humanos ([CADH], 1969), en el artículo 26, establece el deber del Estado de adoptar medidas para lograr progresivamente la plena efectividad del derecho a la salud¹³, mientras que el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos ([Protocolo de San Salvador], 1988), en su artículo 10, detalla la obligación general de reconocer la salud como un bien público. Además, agrega obligaciones específicas como ofrecer atención primaria de salud y extender los beneficios de los servicios de salud a todas las personas; educar a la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y satisfacer las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo que, por sus condiciones económicas, sean más vulnerables.

12 Para abordar estos aspectos se solicitó información vía oficio al Ministerio de Salud, además, se entrevistó a Javiera Erazo, jefa del Departamento de Salud Mental; a Paz Anguita, Eduardo Artiga, Alejandro Iglesias y Daniel Venegas, funcionarios de la Subsecretaría de Redes Asistenciales; a los académicos especializados en salud mental y comunitaria, Pablo Norambuena y Gonzalo Miranda, y a representantes de organizaciones de la sociedad civil y personas expertas por experiencia, Ruth Hurtado, Flavia Gal y Rodrigo Fredes.

13 Esta disposición de la CADH establece lo siguiente: “Los Estados partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados”.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) promueve la superación de la perspectiva biomédica y la adopción de un enfoque integral de derechos humanos que priorice la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad¹⁴. Este tratado mandata a los Estados proporcionar acceso a servicios de salud mental de calidad, y a dar cumplimiento a principios como autonomía, igualdad ante la ley, ausencia de coacción, confidencialidad, participación e inclusión en la comunidad.

La principal obligación del Estado en materia de salud mental es adoptar medidas deliberadas, concretas y dirigidas a la plena protección del derecho a la salud mental, de la manera más expedita y eficaz posible, conforme al artículo 2, párrafo 1 del PIDESC, incluidas medidas administrativas, legislativas y presupuestarias, las que deben ser progresivas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000).

Para avanzar en el cumplimiento de estas medidas, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (en adelante el Relator Especial) señala que los Estados deben elaborar “una estrategia nacional de salud mental con una hoja de ruta que conduzca a dejar atrás los tratamientos coercitivos y a adoptar la igualdad de acceso a los servicios de salud mental basados en los derechos, que incluye la distribución equitativa de los servicios en la comunidad” (Consejo de Derechos Humanos, 2017, p. 11). Esta estrategia debe considerar la participación activa de los usuarios y la comunidad¹⁵. El Relator Especial también ha recomendado incluir en la estrategia lineamientos para promover y prevenir los problemas de salud mental, con la colaboración de todos los ministerios y servicios pertinentes (Consejo de Derechos Humanos, 2017).

En cuanto a las medidas legislativas, la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y la OMS (2023) recomiendan que este tipo de normas establezcan directrices sobre la disponibilidad y accesibilidad geográfica, física y financiera a los servicios y programas de salud mental, y el acceso a la información; expliciten los estándares de aceptabilidad, de calidad y éticos de los servicios ofrecidos, y transversalicen el enfoque de género y de pertinencia cultural, entre otras consideraciones.

14 El Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad ha justificado este cambio de enfoque señalando que el modelo biomédico reduce a las personas a sus deficiencias o enfermedades y de este modo, no las considera como titulares de derechos, lo que incide en la vulneración del principio de igualdad y no discriminación (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2018).

15 El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad recomendó especialmente a Chile adoptar una política de salud mental, fundada en el respeto de los derechos humanos, que involucre a las organizaciones que representan a las personas con discapacidad, particularmente discapacidad psicosocial (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016).

Respecto a las medidas presupuestarias, junto con la obligación general de utilizar el máximo de los recursos disponibles, el Relator Especial ha recomendado redirigir el financiamiento de la atención institucional a los servicios de ámbito comunitario; invertir en servicios psicosociales que estén integrados en la atención primaria y en los servicios comunitarios, y aumentar la inversión destinada a los servicios de salud mental y modelos de apoyo alternativos (Consejo de Derechos Humanos, 2017).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante el Comité DESC, 1990) ha enfatizado que los Estados tienen la obligación -en virtud de los artículos 2 (párrafos 1 y 3), 3 y 26, y todos los artículos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos- de garantizar que toda persona pueda interponer un recurso efectivo frente a la vulneración de sus derechos, frente a toda medida que afecte el ejercicio igualitario del derecho a la salud mental¹⁶.

Para garantizar el derecho a la salud mental, tanto el Comité (2000) como el Relator Especial (Consejo de Derechos Humanos, 2017) recomiendan el cumplimiento de los siguientes elementos esenciales o dimensiones de este derecho, sugiriendo estándares específicos en cada uno:

1. Disponibilidad: se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, programas, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, junto con “medicamentos esenciales” de aquellos definidos por la OMS (Comité de DESC, 2000). Debe considerar la existencia de servicios de salud mental integrados en la atención primaria y general de la salud, para favorecer la detección y el tratamiento temprano. Asimismo, los Estados deben proveer intervenciones psicosociales de base empírica y aumentar el número de profesionales cualificados en el ámbito comunitario para evitar la segregación de personas en centros de atención inadecuados (Consejo de Derechos Humanos, 2017).

2. Accesibilidad: se debe garantizar el acceso a los servicios de salud mental, basado en el principio de no discriminación (Consejo de Derechos Humanos, 2017). Esta dimensión comprende cuatro subdimensiones:

- a. Acceso igualitario:** garantizar el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, sin ningún tipo de discriminación de hecho o de derecho, especialmente de los sectores más marginados y vulnerables de la población.
- b. Accesibilidad física:** la distribución geográfica de los servicios y programas de salud debe facilitar el acceso de toda la población.
- c. Accesibilidad económica (asequibilidad):** asegurar que los servicios de sa-

¹⁶ El Relator Especial ha señalado que los Estados deben asegurar la rendición de cuentas para el pleno disfrute del derecho a la salud mental, que comprende los siguientes elementos: “a) la vigilancia; b) los exámenes independientes y no independientes, como los realizados por órganos judiciales, cuasijudiciales, políticos y administrativos, así como por los mecanismos de responsabilidad social; y c) las vías de recurso y reparación”. (Consejo de Derechos Humanos, 2017, p. 13).

lud estén al alcance de todos. En este sentido, el Comité ha señalado que el pago de los servicios de salud, públicos o privados, no debe constituir una carga desproporcionada para los hogares más pobres (Comité DESC, 2000).

- d. Acceso a la información:** comprende tanto el derecho de solicitar, recibir y difundir información sobre medidas de tratamiento, prevención y promoción del derecho a la salud mental, como el deber de respetar la confidencialidad de los datos de los pacientes (Comité DESC, 2000). Adicionalmente, poner a disposición de todas las personas “información de base empírica sobre los tratamientos, incluidos los efectos secundarios, lo que requiere la divulgación sistemática, completa y oportuna de toda la información farmacológica resultante de los ensayos clínicos” (Consejo de Derechos Humanos, 2017).

3. Aceptabilidad: se relaciona con la exigencia de que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados, sensibles al género¹⁷ y al ciclo de vida, y que se cumplan las exigencias de confidencialidad (Comité DESC, 2000).

El Relator Especial (Consejo de Derechos Humanos, 2017) agrega que se debieran reducir las intervenciones farmacológicas innecesarias; sustituir las medidas coercitivas y los tratamientos en régimen de internamiento, y evitar la prescripción indiscriminada de medicamentos psicotrópicos para suplir la falta de intervenciones psicosociales y terapéuticas.

Los procesos de desinstitucionalización deben estar acompañados del establecimiento de redes de servicios eficaces que sustituyan la atención de custodia en hospitales psiquiátricos o asilos. Según la OMS (2023) se debe considerar el desarrollo de una red sólida de alternativas comunitarias, planificada en paralelo y de manera coordinada.

Por su parte, las medidas coercitivas y la toma sustitutiva de decisiones restringen la capacidad de las personas de elegir su tratamiento médico y forma de vida, amenazando su derecho al consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad y la comunicación con los miembros de la familia¹⁸. En consecuencia, la OMS (2023) recomienda el desarrollo de sistemas de apoyo para la toma de decisiones y la respectiva capacitación de funcionarios.

4. Calidad: exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista médico y científico. Entre otras cosas, esta dimensión implica capacitación del personal, medicamentos y equipamiento cer-

17 El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1999) en su Observación general N° 24 sobre el Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, recomienda considerar “la amplia gama de riesgos que corre desproporcionadamente la salud mental de las mujeres por efecto de la discriminación por motivo de género, la violencia, la pobreza, los conflictos armados, los desplazamientos y otras formas de privaciones sociales”.

18 La OMS (2023) advierte que medidas como la reclusión o la restricción física involuntaria podrían desincentivar el acceso a tratamiento por temor a la coerción.

tificados y en buen estado, junto con condiciones sanitarias apropiadas (Comité DESC, 2000). Incluye también el uso de prácticas basadas en evidencia, la colaboración entre los proveedores de servicios, los pacientes, sus familiares y cuidadores, y la ampliación de servicios comunitarios psicosociales (Relator Especial, 2017).

El PIDESC (artículo 2, párrafo 2) señala que los Estados deben cumplir también con la obligación general e inmediata de no discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social al garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental¹⁹.

La Convención de Derechos del Niño (artículo 24), la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (artículo 11) y la Convención sobre trabajadores migratorios y sus familiares (artículo 43), además de los tratados que supervisan su cumplimiento, han especificado los alcances de esta obligación con respecto a grupos de especial protección, en consideración de los determinantes sociales de los problemas de salud que les afectan y sus necesidades específicas.

En particular, el Comité ha enfatizado la necesidad de que los Estados adopten una perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones. A su vez, esto implica el reconocimiento de que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer (Comité DESC, 2000)²⁰.

El Relator Especial ha subrayado la necesidad de erradicar prácticas discriminatorias basadas en la identidad de género y orientación sexual, señalando que los diagnósticos de salud mental “se han utilizado indebidamente para considerar como patologías determinadas identidades y otros tipos de diversidad (...). La patologización de las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales equipara la identidad de estas personas a enfermedades, lo que agrava el estigma y la discriminación” (Consejo de Derechos Humanos, 2017, p. 13)²¹.

19 El Comité Para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (2022) recomendó disponer de “servicios e instalaciones de salud de calidad, que sean accesibles, asequibles, culturalmente adecuados y aceptables para las mujeres y las niñas indígenas, incluidas aquellas con discapacidad, las mujeres de edad avanzada y las mujeres y las niñas indígenas lesbianas, bisexuales, transgénero e intersexuales; y velen por que se respeten el consentimiento libre, previo e informado, y la confidencialidad en la prestación de servicios de salud”.

20 Específicamente, el Comité contra la Discriminación Racial (2022) recomendó al Chile adoptar “una perspectiva de género en todas las políticas y estrategias para combatir la discriminación racial y poner fin a la discriminación múltiple e interseccional que sufren los pueblos indígenas, los migrantes y las mujeres afrodescendientes. Además, recomienda al Estado parte que adopte medidas basadas en un enfoque intercultural para garantizar el acceso de las mujeres pertenecientes a las minorías a la educación, el empleo y la salud; impartir formación a los profesionales de la salud para que cumplan sus obligaciones de manera no discriminatoria; y contar con traductores de criollo haitiano a español en los hospitales y las instituciones asistenciales”.

21 Respecto de las personas intersexuales, el Comité de Derechos Humanos (2024) recomendó a Chile fortalecer los programas de sensibilización y educación sobre las consecuencias dañinas de las intervenciones quirúrgicas y “los derechos de los niños, niñas y adolescentes intersexuales, con miras a erradicar estas prácticas, con particular atención a los profesionales de la salud”.

Asimismo, el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes expresó que las llamadas terapias de conversión²² podrían constituir un acto de tortura o, en ausencia de uno o varios de tales elementos constitutivos, tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, considerando “la imposición de dolor o sufrimiento grave (...), así como la inexistencia de justificación médica y consentimiento libre e informado al respecto y el fundamento de este tipo de ‘terapias’ en una discriminación basada en la orientación sexual o la identidad o expresión de género” (Consejo de Derechos Humanos, 2019, p. 19)

Con relación a los niños, niñas y adolescentes, el Comité de Derechos del Niño (2013) ha expresado su preocupación por la creciente prevalencia de problemas de salud mental en adolescentes y, en particular, de “trastornos en el desarrollo y la conducta, depresión, trastornos alimentarios, ansiedad, traumas psicológicos resultantes del abuso, la desatención, la violencia o la explotación, el consumo indebido de alcohol, tabaco y drogas, comportamientos obsesivos, como un uso excesivo de Internet y otras tecnologías hasta un punto adictivo y la autolesión y el suicidio” (p. 11)²³. Este Comité ha recomendado a los Estados la adopción de políticas y programas intersectoriales que consideren, entre otros aspectos, la salud, la educación, la justicia penal y protección especializada, con participación de las familias y las comunidades²⁴.

En el caso de las personas mayores, se deben cumplir las obligaciones específicas sobre el derecho a la salud contenidas en el artículo 19 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), entre ellas, la de asegurar la atención preferencial y el acceso universal, equitativo y oportuno en los servicios de salud, y la de fortalecer, implementar y evaluar políticas públicas, planes y estrategias para fomentar un envejecimiento activo y saludable.

22 El Relator detalla que las “las mal llamadas ‘terapias de conversión’, denominadas a veces ‘terapias reparadoras’, hacen referencia a una serie de prácticas enormemente desacreditadas que pueden abarcar la aplicación de descargas eléctricas, medicación, psicoterapia o intervenciones espirituales o ‘curas’ de fe con el objetivo de cambiar la orientación sexual o la identidad o expresión de género de una persona (...). El sometimiento a la mal denominada ‘terapia’ puede causar grave sufrimiento físico y mental, así como desembocar en depresión, ansiedad, consumo de drogas, falta de hogar y suicidio” (Consejo de Derechos Humanos, 2019, p.18)

23 Al respecto, el Comité de Derechos del Niño (2022) recomendó a Chile publicar “los resultados de la guía para la prevención de conductas suicidas, garantice el acceso a servicios de salud integrales y a la detección precoz, especialmente en las escuelas, y siga apoyando el teléfono de asistencia para la prevención del suicidio que funciona las 24 horas del día”. También que refuerce “las iniciativas destinadas a prevenir y abordar el elevado y creciente consumo de drogas, alcohol y tabaco entre los niños; vele por una identificación temprana y una derivación de pacientes adecuada, y preste servicios de tratamiento de la drogodependencia y de reducción del daño que sean accesibles para los jóvenes y estén adaptados a ellos”.

24 El Comité de los Derechos del Niño recomendó al Estado chileno “garantizar sin demora el acceso a servicios de salud de calidad a todos los niños, incluyendo los servicios de salud mental, sea cual sea la edad del niño, y también a los niños que están en programas residenciales” (Comité de los Derechos del Niño, 2022, p. 10). Asimismo, efectuó recomendaciones dirigidas a mejorar la recopilación y análisis de datos sobre salud mental de niños, niñas y adolescentes, fortalecer la atención de niños, niñas y adolescentes con discapacidad y velar por que aquellos que se encuentran en instituciones de salud mental tengan acceso a la justicia, incluida una asistencia letrada de calidad que los considere como sujetos en las actuaciones judiciales, entre otras materias relacionadas.

Respecto a las población indígena, la Relatora Especial sobre el derecho a la salud ha recomendado a los Estados incorporar y no menospreciar la atención de salud indígena y tradicional, formar a los profesionales de la salud en estas prácticas, aumentar la participación de las comunidades indígenas en el diseño de los servicios y políticas de salud, junto con desarrollar investigaciones que permitan visibilizar y erradicar el impacto de prácticas racistas en estas comunidades (Consejo de Derechos Humanos, 2022).

En cuanto a las personas migrantes, refugiadas y/o víctimas de desplazamiento forzado- el Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (2013) ha precisado la obligación de los Estados de garantizar el acceso igualitario a prestaciones de salud y de velar por que los médicos y otros profesionales de la salud reciban formación sobre atención respetuosa de las diferencias culturales.

Finalmente, la obligación de no discriminación exige que los Estados adopten medidas para erradicar el estigma y la discriminación en los servicios de salud mental y la consecuente privación de las personas usuarias de diversos derechos, incluido “el derecho a rechazar el tratamiento, a la capacidad jurídica y a la vida privada, y otros derechos civiles y políticos” (Consejo de Derechos Humanos, 2017, p. 13). En este sentido, el Relator Especial observa que las prácticas inapropiadas y discriminatorias que afectan a las personas que padecen problemas de salud mental pueden generar mayores perjuicios que el propio diagnóstico.

Para enfrentar estas prácticas, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) establece en su artículo 8 el deber de sensibilizar a la población, luchar contra los estereotipos, los prejuicios y las prácticas nocivas respecto de estas personas, y promover la toma de conciencia sobre sus capacidades y aportes, entre otras medidas que pueden contribuir a la reducción de estigmas y la eliminación de todo tipo de discriminación. En un sentido similar, en el marco de los programas de desinstitutionalización, la OMS (2023) recomienda desarrollar acciones contra la estigmatización que involucren a líderes, personal de salud y al público en general “a fin de reducir la posibilidad de maltrato una vez que las personas viven en la comunidad” (p.212).

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) también ha precisado el contenido de las obligaciones estatales en esta materia. Específicamente, al condenar al Estado de Chile por la vulneración del derecho a la salud²⁵ y a la integridad personal²⁶ en dos sentencias recientes, en las cuales se refirió al

25 Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros vs. Chile, Sentencia del 1 de octubre de 2021 (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas) y Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Sentencia del 8 de marzo de 2018 (Fondo, reparaciones y costas).

26 La Corte IDH ha precisado que la protección del derecho a la integridad personal debe considerar la regulación de los servicios de salud en el ámbito interno, así como la implementación de una serie de mecanismos tendientes a tutelar la efectividad de dicha regulación. Corte IDH. Caso Vera Rojas y otros vs. Chile, Sentencia del 1 de octubre de 2021 (Excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas).

deber estatal, en virtud de lo que dispone el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos²⁷ de “velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad”²⁸.

La principal obligación de los Estados en materia de salud mental es adoptar medidas deliberadas, concretas y dirigidas a la plena protección del derecho a la salud mental, de la manera más expedita y eficaz posible, incluidas medidas administrativas, legislativas y presupuestarias, las que deben ser progresivas.

27 Esta disposición de la CADH establece: “Los Estados partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados”.

28 Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Sentencia del 8 de marzo de 2018 (Fondo, reparaciones y costas), párrafo 174. En este caso, la Corte consideró que el Estado de Chile no garantizó que los servicios de salud brindados al señor Poblete Vilches cumplieran con los estándares referidos, por lo tanto, incumplió el otorgamiento de medidas básicas, es decir, de sus obligaciones de carácter inmediato relacionadas con el derecho a la salud en situaciones de urgencia (párrafo 175).

Cuadro 1. Obligaciones y estándares del derecho a la salud mental

Obligación	Estándar	Descripción
Adoptar medidas deliberadas, concretas y dirigidas a la plena realización del derecho a la salud mental, de la manera más expedita y eficaz posible ²⁹ .	Adoptar medidas legislativas para la plena realización del derecho a la salud mental.	Los Estados deben adoptar normas internas que incorporen directrices para el cumplimiento de los elementos esenciales del derecho a la salud mental ³⁰ .
	Establecer una política o estrategia nacional de salud mental.	Los Estados deben elaborar una estrategia nacional de salud mental intersectorial. Su elaboración debe considerar la participación de los usuarios y las comunidades ³¹ . La política debe comprender tanto medidas dirigidas a la atención y tratamiento como a la promoción y prevención ³² .
	Adoptar medidas presupuestarias hasta el máximo de los recursos disponibles.	Los Estados deben destinar el máximo de los recursos disponibles, de manera progresiva, para garantizar este derecho y redirigir el financiamiento de la atención institucional a prestaciones que cumplan con los estándares en materia de salud mental ³³ .
	Garantizar el derecho a un recurso efectivo y establecer mecanismos de rendición de cuentas.	Garantizar que toda persona pueda interponer un recurso efectivo frente a la vulneración de sus derechos, incluida toda medida que afecte el ejercicio igualitario del derecho ³⁴ .
	Adoptar medidas para dar cumplimiento a los elementos esenciales del derecho a salud.	Los Estados deben adoptar medidas para dar pleno cumplimiento a los elementos esenciales o dimensiones del derecho a la salud en el ámbito de la salud mental: disponibilidad, accesibilidad física, financiera y acceso a la información, así como también aceptabilidad y calidad ³⁵ .
Garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social ³⁶ .	Adoptar medidas para garantizar el cumplimiento del principio de no discriminación.	Los Estados deben adoptar medidas positivas para atender las necesidades de grupos de especial protección, entre ellos, mujeres y personas de las diversidades sexo genéricas, personas con discapacidad, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, personas migrantes y refugiadas, y pueblos indígenas ³⁷ . A su vez, se deben erradicar todas las prácticas que contribuyan a reproducir el estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental y sensibilizar a la población para eliminar estereotipos ³⁸ .

Fuente: Elaboración propia a partir de las fuentes citadas.

29 PIDESC (1966), artículos 2 y 12; CADH (1969), artículo 26, y Protocolo de San Salvador (1988), artículo 10.

30 ACNUDH y OMS, 2023

31 Consejo de Derechos Humanos (2017)

32 Consejo de Derechos Humanos (2017)

33 Consejo de Derechos Humanos (2017)

34 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1990)

35 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1990) y Consejo de Derechos Humanos (2017)

36 PIDESC (1966), artículo 2.

37 Consejo de Derechos Humanos (2017).

38 Consejo de Derechos Humanos (2017) y Artículo 8° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)

GARANTÍAS DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN CHILE

Para garantizar el derecho a la salud mental, el Estado debe implementar diversas iniciativas tomando en cuenta las obligaciones y estándares de derechos humanos descritos anteriormente. Estas iniciativas deberían comprender reformas normativas; el desarrollo, implementación y monitoreo de políticas, planes y programas, y otras medidas para asegurar el acceso a mecanismos de reclamo, tanto administrativos como judiciales, que contribuyan al cumplimiento de este derecho en sus distintas dimensiones.

A continuación, se revisarán distintas medidas estatales que han contribuido a satisfacer el derecho a la salud mental en la población, con la finalidad de evaluar la conducta del Estado y los desafíos pendientes para respetar este derecho.

1. Plena realización del derecho a la salud mental

a. Medidas legislativas

A nivel constitucional no existe un reconocimiento específico de los deberes del Estado relacionados con la salud mental, pero sí se consagran las obligaciones generales que deben cumplir todos los órganos del Estado para garantizar el derecho de protección de la salud, las cuales se debieran aplicar plenamente en el ámbito de la salud mental. En particular, el artículo 19 N°9 de la Constitución Política de la República consagra el derecho a la protección de la salud y los siguientes deberes del Estado: proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo; coordinar y controlar las acciones relacionadas con la salud, y garantizar la ejecución de las acciones de salud, ya sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas³⁹.

Por su parte, la Ley 21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental (2021) establece el deber de respetar aquellos derechos consagrados en la Constitución y otros específicos en el contexto de esta atención. En esta normativa destacan el reconocimiento de los principios de autonomía e igualdad, la regulación del consentimiento de los usuarios y de la internación involuntaria, el refuerzo de la prohibición de esterilización sin consentimiento, y la inclusión del deber de articulación intersectorial a nivel estatal y de no discriminación en la cobertura (Universidad de Chile, 2021).

39 Tanto el artículo 5, inciso 2° como el artículo 6 de la Constitución Política de la República refuerzan el deber de todos los órganos del Estado de respetar y promover los derechos garantizados por la Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.

Algunas personas expertas han reparado en la ausencia de mecanismos de participación para la formulación de esta Ley, la falta de especificidad de sus disposiciones y obligaciones, la omisión de las autoridades responsables de cumplirlas y la ausencia de presupuesto asociado a su implementación (Universidad de Chile, 2021). También se critica su excesivo foco en la atención y tratamiento de los problemas de salud mental, en detrimento de las acciones de prevención, promoción y de carácter intersectorial (Universidad de Chile, 2021). Adicionalmente, el MINSAL (2024) señala que la Ley no aborda el desarrollo escalonado de servicios para implementar el modelo comunitario, ni las responsabilidades intersectoriales para la protección de la salud mental y tampoco regula adecuadamente la aplicación de medidas coercitivas en establecimientos cerrados.

Además, el artículo transitorio de la Ley 21.331 establece que sus reglamentos debían dictarse en el plazo máximo de sesenta días corridos tras su publicación. Sin embargo, hasta la fecha no han sido publicados⁴⁰.

El 25 de julio recién pasado, el Ejecutivo presentó el proyecto de ley integral de salud mental (Boletín 17.003-11)⁴¹. Según se detalla en el Mensaje que acompañó su presentación, las disposiciones del proyecto apuntan a desarrollar un enfoque intersectorial de la promoción y protección de la salud mental, promover la inclusión social, la vida independiente y la desinstitucionalización de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, junto con la profundización del modelo de atención de salud mental comunitario e integrado.

b. Planes nacionales de salud mental

En línea con los estándares de derechos humanos y las recomendaciones de organismos internacionales de adoptar una política o estrategia de salud mental que establezca una hoja de ruta para el Estado y mecanismos de monitoreo que permitan evaluar los avances, Chile ha formulado, a partir de la década de los 90, distintos planes nacionales de salud mental.

En el gobierno del Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994) se aprobó el primer documento de *Políticas y Plan Nacional de Salud Mental*, cuyo objetivo fue instalar la temática en los servicios de salud y en los distintos niveles de atención; mientras el *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* del año 2000, formulado durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, se focalizó en la implementación del modelo comunitario (Gatica et al., 2020). A ellos, les siguió el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* (en adelante Plan Nacional) adopta-

40 En este sentido, el CPT (2024) ha instado a la autoridad a publicar prontamente los reglamentos pendientes para la plena implementación de la Ley y a actualizar las normas técnicas pertinentes.

41 A la fecha, se encuentra en Primer Trámite Constitucional con urgencia simple.

do en el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, tras un completo proceso participativo y la consideración de distintos estudios que permitieron construir un diagnóstico sobre los avances y problemas observados en la implementación del plan anterior⁴².

En el gobierno del Presidente Sebastián Piñera (2019), el MINSAL formuló el *Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025* con el fin de fortalecer la implementación y gestión del *Plan Nacional*, con los énfasis definidos durante este gobierno (2018-2021). Este plan incorporó acciones relacionadas con compromisos intersectoriales como el *Acuerdo Nacional por la Infancia* e iniciativas para la prevención del consumo de alcohol y drogas, además de medidas para garantizar prestaciones a nuevos problemas de salud incluidos en el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), la incorporación de la teleconsultoría en salud mental y la gestión centralizada de camas psiquiátricas, entre otras⁴³.

Chile cuenta también con una *Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios a 2030*⁴⁴ (MINSAL, 2022) que propone, entre sus lineamientos, mejorar la salud mental de la población con un enfoque promocional y preventivo, y reducir la carga de enfermedades asociadas a la salud mental a lo largo de la vida.

En 2022, el gobierno del Presidente Gabriel Boric anunció la creación de la *Estrategia Nacional de Salud Mental y Derechos Humanos* con el propósito de generar políticas que incorporen la perspectiva de género y de derechos humanos, así como también mejorar las atenciones de salud mental (Gobierno de Chile, 2022). En la práctica, esta estrategia consistió en la creación de subcomisiones integradas por expertos de distintas instituciones para abordar tres temas: proceso de desinstitucionalización, propuesta de ley integral de salud mental y salud mental de niños, niñas y adolescentes⁴⁵.

Finalmente, el instrumento de planificación más reciente es el plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL 2024) cuyo objetivo es dar cumplimiento a los compromisos del Programa de Gobierno (2022-2025) en esta área, mediante la definición de acciones que impulsará el Ejecutivo y los avances hasta la fecha, en el marco de los instrumentos anteriormente mencionados⁴⁶.

42 El Plan cuenta con las siguientes líneas de acción: 1. Regulación y derechos humanos; 2. Provisión de servicios de salud mental; 3. Financiación; 4. Gestión de la calidad, sistemas de información e investigación; 5. Recursos humanos y formación; 6. Participación, y 7. Intersectorialidad (Ministerio de Salud, 2017, p. 41).

43 El Plan considera las siguientes líneas estratégicas: educación, promoción y prevención; provisión de servicios; fortalecimiento de la red de salud mental; fortalecimiento de los sistemas de información y su uso; rectoría, regulación y fiscalización, y financiamiento.

44 Adoptada durante el gobierno del Presidente Sebastián Piñera.

45 El trabajo de la Estrategia Especial de Salud Mental y Derechos Humanos, convocado por el MINSAL comenzó en julio de 2022. El CPT contribuyó en las tres subcomisiones que surgieron, precisando que, a julio de 2023, sólo la subcomisión de Desinstitucionalización seguía funcionando (CPT, 2024).

46 Define cinco nuevas líneas estratégicas: 1. Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y las alianzas multisectoriales, e integrar la salud mental en todas las políticas; 2. Mejorar la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de

Si bien los planes han contribuido a formular e implementar medidas específicas para proteger diversos aspectos del derecho a la salud mental, se observa la omisión de medidas presupuestarias que contribuyan a su cumplimiento y la falta de reportes periódicos que permitan evaluar el logro de sus objetivos, indicadores y metas (Ansoleaga y Valenzuela, 2013; Peña, 2023; Gatica et al., 2020).

Aunque estos instrumentos declaran que se debería aplicar un acercamiento intersectorial de la salud mental -es decir, la concurrencia e interacción de diversos servicios para alcanzar los objetivos, acciones y metas- sus lineamientos se dirigen principalmente al sector salud. En este sentido, varias de las personas entrevistados por el INDH⁴⁷ destacan la necesidad de potenciar la colaboración de distintos sectores para abordar de manera efectiva la promoción, prevención y tratamiento de los problemas de salud mental.

Pablo Norambuena refuerza la necesidad de una aproximación intersectorial:

Aunque la red de salud funcionara perfecto, y la calidad fuera la mejor y hubiese un psiquiatra en todas las regiones y un COSAM en todas las comunas, ninguno de esos dispositivos soluciona las necesidades de las personas con trastornos mentales severos. Lo que esas personas necesitan, además de la atención médica básica, es trabajo, una casa, integración comunitaria, tener el carnet de identidad, poder ir a votar, tener apoyos sociales para la vida que todos queremos tener.

En cuanto al trabajo desarrollado por los distintos ministerios, en 2023 existían 43 programas sociales registrados en la Plataforma del Banco integrado de programas sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), que consideran entre sus objetivos la atención, tratamiento, promoción o prevención de problemas de salud mental, además de prestaciones específicas para personas con discapacidad psíquica e intelectual⁴⁸. Esto significó un aumento con respecto a 2019 cuando se registraban 34 de estos programas.

los servicios comunitarios dirigidos a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas; 3. Impulsar las estrategias y las actividades de promoción y prevención a lo largo del curso de vida 4. Fortalecer la integración de la salud mental y el apoyo psicosocial en el contexto de las emergencias, y 5. Fortalecer los datos, la evidencia y la investigación (MINSAL, 2024).

47 Javiera Erazo, jefa del Departamento de Salud Mental del MINSAL (28 de junio de 2024); el equipo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL (24 de julio de 2024); Pablo Norambuena, académico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (21 de junio de 2024) y Gonzalo Miranda, académico de la Universidad de Los Lagos (9 de julio de 2024).

48 Para llegar a estas cifras se revisaron los informes de monitoreo y seguimiento de la oferta pública de 715 programas registrados en el Banco integrado de programas sociales y no sociales, hasta mayo de 2024, y se filtraron aquellos que incluyeran una referencia explícita a las expresiones "salud mental", "discapacidad psíquica", o "alcohol y drogas". Del total de informes revisados en 2023, se identificaron quince programas implementados por el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, trece por MINSAL, seis por Ministerio de Desarrollo Social y Familia, cinco por MINEDUC, tres por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y dos por el Ministerio de Justicia y DDHH.

Los entrevistados Javiera Erazo (MINSAL), Pablo Norambuena (Universidad de Chile), Graciela Romero (Programa Ecológico de Salud Mental Comunitaria⁴⁹) y Matías Trujillo (Fundación Todo Mejora⁵⁰), destacan el rol que ha tenido el MDSF para abordar la prevención y tratamiento de enfermedades mentales en grupos de especial protección o de mayor vulnerabilidad social⁵¹. Asimismo, valoran el trabajo desarrollado por el Ministerio de Educación (MINEDUC) en materia de prevención y promoción de la salud mental, en el contexto de convivencia escolar, y el aporte en recursos y presupuesto que representa el Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), para el abordaje de la prevención, promoción, atención y tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas.

Específicamente, el MINSAL (2024) desarrolla un trabajo colaborativo con MINEDUC mediante la implementación de iniciativas de promoción y prevención de problemas de salud mental, dirigidas a las comunidades escolares. Este trabajo se desarrolla en el marco del *Plan de Reactivación Educativa* que surge como respuesta a las consecuencias del COVID en esta población.

En el ámbito de la educación superior, para abordar el impacto negativo en la salud mental de los estudiantes debido a la interrupción de los procesos educativos y de la presencialidad como consecuencia de la pandemia y otros problemas específicos que les afectan⁵², la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Educación Superior constituyeron un Consejo asesor en materia de bienestar y salud mental⁵³. Este Consejo elaboró recomendaciones que incluyen estrategias dirigidas tanto a los servicios públicos competentes como a las instituciones académicas (Subsecretaría de Educación Superior y Subsecretaría de Salud Pública, 2024).

49 Entrevista realizada por el INDH el 17 de julio de 2024.

50 Entrevista realizada por el INDH el 18 de julio de 2024.

51 Particularmente el subsistema *Chile Crece Contigo*, el *Programa Vínculos*, aquellos dirigidos a personas en situación de calle, el *Programa de Apoyo a la Identidad de Género*, y la coordinación en la ejecución de los programas dependientes del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez.

52 Específicamente, se mencionan problemas de salud mental “asociados a la equidad en el acceso y el desempeño educativo, la calidad y pertinencia de los procesos formativos, la articulación y flexibilidad de los itinerarios de aprendizaje, los problemas de endeudamiento y la deserción y titulación oportuna de los programas y carreras”.

53 Integrado por representantes de las instituciones de educación superior (centros de formación técnica, institutos profesionales y universidades), representantes de la Confederación de Estudiantes de Chile (CONFECH), de la Asociación Nacional de Estudiantes de la Salud (ANAES) y de la Asociación de Estudiantes de Medicina de Chile (ASEMECH).

c. Participación en el desarrollo de políticas de salud mental y su implementación

Existen distintos ámbitos en los que el Estado ha desarrollado instancias participativas vinculadas a la salud mental, en línea con lo establecido en la Resolución Exenta 857 del 18 de junio de 2024 del MINSAL⁵⁴, que regula los mecanismos de participación vigentes para dar cumplimiento a la Ley 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública (2011).

Según destacan el MINSAL (2024) y las personas entrevistadas por el INDH, un importante avance en esta materia ha sido la creación del Consejo Asesor de Salud Mental⁵⁵ integrado por personas expertas por experiencia -es decir, personas que viven con problemas de salud mental o discapacidad psicosocial y que son o han sido usuarias de servicios de salud- sus familiares o personas cercanas; además de personas con estudios técnicos o profesionales, académicas o investigadoras en salud mental, que participan de organizaciones vinculadas a este ámbito. Entre las funciones de este Consejo se encuentra el desarrollo de un plan de participación en salud mental.

Javiera Erazo y Pablo Norambuena subrayan la labor realizada por los integrantes de este Consejo, la diversidad de su composición y la inclusión de personas expertas por experiencia. Flavia Gal, Directora Ejecutiva de la Fundación Círculo Polar, y Ruth Navarrete del Programa Ecológico de Salud Mental Comunitaria⁵⁶, ambas integrantes del Consejo, valoran su creación y el diálogo que se ha generado con el MINSAL, pero sugieren fortalecer la sistematización y registro formal de sus opiniones para que sean consideradas por las autoridades.

También, en el proceso de formulación del proyecto de la ley integral de salud mental, se realizaron diálogos ciudadanos que incluyeron 27 encuentros (18 a nivel regional y 9 con distintos grupos de interés) en los que participaron 2.790 personas (Gobierno de Chile, 2024).

En cuanto a las instancias de participación consideradas para la elaboración de los distintos planes mencionados previamente, únicamente el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* (MINSAL, 2017) se refiere a ellas. Estas se desarrollaron a nivel nacional, regional y de los Servicios de Salud, junto con una consulta pública del borrador del plan mediante una plataforma web.

54 Regula los Consejos de Desarrollo Local, los Consejos de Desarrollo Hospitalario, los Comités Locales de Salud, el Consejo Consultivo de Género, el Consejo Consultivo de Jóvenes, la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, entre otros. La Resolución espera que estas instancias “sesionen un mínimo de dos veces al año y que tengan incidencia en la toma de decisiones en la formulación, implementación y evaluación de políticas vinculadas con el ámbito específico de su interés”.

55 Creado por el Decreto Exento 43 del MINSAL del 9 de junio de 2022. La elección del primer Consejo se realizó de forma independiente al Ministerio de Salud, a través de una comisión electoral creada mediante la Resolución Exenta N° 443, del 10 de mayo de 2021. Actualmente, este Consejo está compuesto por cuatro representantes de usuarios y personas expertas por experiencia; tres actores comunitarios o sociales, tres de instituciones u organizaciones de la sociedad civil que trabajen en salud mental y tres representantes de instituciones académicas y sociedades científicas.

56 Entrevistas realizadas por el INDH el 3 y 17 de julio de 2024, respectivamente.

Los demás planes establecen entre sus líneas estratégicas y metas, el fortalecimiento de las instancias participativas vigentes a nivel local. En este sentido, acerca del cumplimiento de las metas definidas en el *Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025*, el MINSAL reporta que el 27% de los Servicios de Salud cuentan con “estrategias definidas y en desarrollo para incorporar a representantes de agrupaciones de usuarios/as y familiares en diálogos ciudadanos relacionados con salud mental” y que el 23% de estos servicios cuentan con un Consejo de Desarrollo Local o Consejos Consultivos “con la participación de agentes sociales, usuarios, usuarias y familiares”⁵⁷.

Pablo Norambuena destaca estas instancias locales como espacios valiosos de participación, particularmente, los Consejos de Desarrollo Local, Consejos Consultivos y los grupos de apoyo mutuo. Por otro lado, observa disparidad en su funcionamiento en los distintos territorios y poco conocimiento de su existencia entre los usuarios. Por su parte, el equipo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL señala que se requiere promover la participación de grupos sociales diversos y de nuevas generaciones, puesto que la participación actual, a nivel local, se concentra en personas mayores.

Asimismo, Pablo Norambuena y Rodrigo Fredes (agrupación Locos por Nuestros Derechos⁵⁸) observan que muchas de las personas usuarias o ex usuarias actualmente integran organizaciones informales o colectivos emergentes con escasos vínculos con el aparato estatal, pese al valioso trabajo que realizan a nivel territorial. Ruth Navarrete precisa que no contar con condiciones materiales y recursos para la formalización de estas organizaciones, dificulta que puedan postular a fondos y potenciar el trabajo que realizan.

Flavia Gal sugiere avanzar en una reforma legal que permita remunerar y potenciar la participación de expertos por experiencia, particularmente personas usuarias y ex usuarias. Al respecto, señala que “la inclusión del experto por experiencia, la validación de su sufrimiento, la valorización de su aporte como persona en la sociedad es un tremendo cambio de participación social en salud mental que se debe hacer”.

d. Medidas presupuestarias

El Estado ha reconocido las limitaciones presupuestarias para abordar las necesidades de la población en materia de salud mental (MINSAL, 2017; MINSAL, 2019; MINSAL, 2024). En 2017 el MINSAL estimaba necesario duplicar el presupuesto destinado a salud mental, cercano a un 2% del total, para alcanzar una

57 Ministerio de Salud, Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024, en respuesta al INDH. También se indica que, a diciembre de 2022, el 50% de las “guías, orientaciones técnicas, protocolos y otros documentos técnicos de salud mental desarrollados en el Ministerio de Salud, incorporan la participación de representantes de personas usuarias y familiares en alguna fase de su desarrollo”.

58 Entrevista realizada por el INDH el 24 de junio de 2024.

cobertura de atención similar a la de los países de medianos ingresos⁵⁹. Para estimar el presupuesto total, el Ministerio también considera el financiamiento de acciones de promoción y prevención, y concluye que el presupuesto vigente se debería triplicar. En este contexto, el *Plan Nacional* compromete como meta “aumentar el porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental en un 0,65% al año a partir del año 2019, llegando al 2025 al menos al 6% del presupuesto de salud” (MINSAL, 2017 p. 97).

En el *Plan Nacional* se advierte la disminución del porcentaje del presupuesto de salud asignado a salud mental entre 2008 y 2012, que pasó de 3,1 a 2,1%; el bajo presupuesto destinado a la atención primaria (sólo un 20% del total), y la inequidad en los recursos destinados a salud mental entre el Gran Santiago urbano y el resto del país. Además, se reconocen las dificultades para identificar y monitorear el presupuesto utilizado en salud mental, por ende, incluyó como meta para 2025 la incorporación de un sistema de cuentas satélites “que permita identificar los recursos de todos los componentes de salud mental” (MINSAL, 2017, p. 95).

Según el estudio de Aguilera y Arenas (2023) sobre el gasto total en salud mental en Chile, luego de cuatro años de implementación del *Plan Nacional*, el monto estimado en 2021 era el 2,4% del gasto en salud, y si se considera únicamente el gasto público destinado a salud mental disminuye a 1,7%. Aunque se observa un aumento en el gasto, es evidente que hasta 2021 no se alcanzaba la meta de aumentar el porcentaje en un 0,65% por año.

En materia presupuestaria, la mayoría de las personas entrevistadas por el INDH consideran insuficientes los esfuerzos -especialmente aquellos para resolver los problemas de disponibilidad de servicios a nivel nacional- y el desarrollo de acciones a nivel intersectorial.

Por su parte, el actual Programa de Gobierno comprometió aumentar el presupuesto de salud mental de 2,4 a 6% para asegurar el financiamiento de las acciones requeridas en la ley integral de salud mental, y que se recogen también en el plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024). En el intertanto, entre 2022 y 2023, el presupuesto público para salud mental aumentó 20 mil millones de pesos y en 2024, 33 mil millones (Instituto de Políticas Públicas en Salud-IPSUSS, Universidad San Sebastián, 2022; IPSUSS y Centro de Políticas Públicas de la Facultad de Economía y Gobierno de la Universidad San Sebastián, 2023).

Sin perjuicio de lo anterior, el Estado no ha reportado información sobre el gasto total en salud mental con posterioridad a 2021, debido a que no se han realizado estimaciones recientes para analizar la progresión del gasto comprometida en el *Plan Nacional* (MINSAL, 2017). En entrevista con el INDH, Javiera Erazo señaló que también se requiere mayor desagregación de la información, por ejemplo,

59 En las estimaciones de prevalencia cuando se elaboró el plan, la cobertura de atención en Chile alcanzaba a un 20% de la población con problemas de salud mental, mientras que en los países de ingresos medios se estimaba cercana a 40%.

de los recursos utilizados en la atención primaria. Debido a las limitaciones para evaluar la progresión presupuestaria, el MINSAL está desarrollando, junto con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), un estudio sobre el gasto en salud mental, en tanto la DIPRES del Ministerio de Hacienda, está realizando una evaluación sectorial (programas de los distintos ministerios) que debería ser publicada a fin de año.

También es importante considerar el incremento del presupuesto para el financiamiento de ciertas prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en salud mental en el sector público que no deberían potenciarse en el marco de la implementación del modelo comunitario (Cea, 2020) y que han sido desaconsejadas por organismos internacionales (OMS, 2023; OMS y ACNUDH, 2023; Consejo de Derechos Humanos, 2017).

En la Tabla 1 se observa que, entre 2014 y 2019, hubo un aumento sostenido del gasto público en procedimientos de electroshock e internación psiquiátrica, en el contexto de la expansión en la cobertura de estas prestaciones en unidades de atención cerrada en hospitales generales. Posteriormente, FONASA informó al INDH que esta tendencia de gasto se mantuvo y se evidenció un notorio aumento del gasto en procedimientos electroconvulsivos entre 2018 y 2019⁶⁰.

Tabla 1. Variación del gasto público en prestaciones hospitalarias y terapia electroconvulsiva por año, en el período 2015 - 2019

Año	Hospitalización integral crónica	Hospitalización integral mediana estadia	Hospitalización integral corta estadia	Terapia electroconvulsiva
2015	17%	23%	29%	36%
2016	-8%	0%	4%	-8%
2017	2%	12%	15%	24%
2018	-10%	-6%	-3%	3%
2019	10%	1%	9%	33%

Fuente: Elaboración propia basada en datos del período 2014-2018 de FONASA publicados en Cea (2020) y datos 2019 Oficio N° 18550 de 2024 de FONASA.
Nota: Variación porcentual calculada según (gasto en año actual/gasto en año anterior*100) - 1

Por su parte, Aguilera y Arenas (2023) estiman que el gasto en atenciones ambulatorias y servicios integrales (a nivel primario y secundario) ha aumentado, mientras que el gasto en hospitalizaciones se ha reducido a partir de 2020, según muestra la Tabla 2.

60 Según reporta FONASA, la medición de este tipo de gasto se modificó en 2020, por lo tanto, ya no es posible contar con información que permita diferenciar el gasto efectuado en este tipo de prestaciones (Oficio N° 18550 de 2024 de FONASA).

Tabla 2. Gasto en salud mental en el sector público y privado (en miles de millones de pesos), según tipo de gasto y año

Tipo de gasto	Años							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Atención ambulatoria	140	157	182	200	219	266	257	296
Atención no ambulatoria (hospitalizaciones)	51	59	63	70	76	84	82	63

Fuente: Elaboración propia basada en datos presentados en Aguilera y Arenas (2023)⁶¹.

e. Mecanismos de reclamo y acceso a la justicia

Otro estándar relevante para garantizar el derecho a la salud mental es la disponibilidad de mecanismos adecuados de reclamo, ya sea administrativos y/o judiciales, frente a la amenaza o vulneración de este y otros derechos humanos que podrían ser afectados en el contexto de la atención recibida.

La Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (2012), en su artículo 2, consagra el derecho de toda persona a que las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y rehabilitación “sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes”. En caso de incumplimiento de este y otros derechos consagrados en la Ley, las personas deben reclamar ante el prestador institucional. Si la persona estima que la respuesta es insatisfactoria o no se han solucionado las irregularidades, puede recurrir ante la Superintendencia de Salud.

Asimismo, las personas tienen derecho a requerir, alternativamente, la iniciación de un procedimiento de mediación, en los términos de la Ley 19.966 que establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud (2004).

Con relación a los reclamos ingresados en la Superintendencia de Salud, aunque no se reportan datos desagregados sobre la atención en salud mental. Desde la entrada en vigencia de la Ley 20.584, se observa un aumento sostenido en los reclamos, que pasaron de 374 en 2013 a 13.967 en 2023 (Superintendencia de

61 Para estimar el gasto total en salud mental, el estudio considera gastos realizados en la atención terciaria a través del sistema de gestión de costos del MINSAL, valorizaciones de la red de especialidad de salud mental, presupuestos de atención primaria de salud asociados a estrategias de salud mental y del SENDA, gastos destinados a salud mental en instituciones de las Fuerzas Armadas y de Orden, y mutualidades. Para el sector privado, se estimaron los gastos realizados en la Modalidad Libre Elección (MLE) de FONASA y los gastos en prestaciones ambulatorias a través de Isapres; los gastos en medicamentos en el retail relacionados con salud mental, así como los costos asociados a licencias médicas por salud mental de cotizantes en Isapres y FONASA (Aguilera y Arenas, 2023).

Salud, 2023c)⁶². Sin perjuicio de lo anterior, la misma Superintendencia informa sobre la aplicación de multas por incumplimiento de esta Ley sólo en cinco casos en 2023 y ninguno tiene relación con el otorgamiento de prestaciones de salud mental⁶³.

Adicionalmente, el artículo 29 de la Ley 20.584 establece la obligación del MINSAL de conformar una *Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales* (CONAPPREM) y *Comisiones Regionales de Protección* (COREPPREM)⁶⁴, cuya función principal es velar por la protección de derechos y la defensoría de las personas con discapacidad psíquica o intelectual en la atención de salud que brindan los prestadores públicos o privados. Este artículo indica también que las personas con discapacidad psíquica o intelectual, sus representantes o cualquiera en su nombre podrán recurrir, para el resguardo de sus derechos, contra las acciones efectuadas por los prestadores institucionales e individuales, o por la autoridad sanitaria, directamente a la Corte de Apelaciones⁶⁵.

Respecto a estas comisiones, tanto el INDH (2017) como el CPT (2024) han señalado la necesidad de fortalecer su funcionamiento, asignando recursos suficientes, remunerando a sus integrantes y otorgándoles la independencia necesaria para asegurar la imparcialidad de sus actuaciones⁶⁶. Por otra parte, se observa que el mecanismo de reclamo ante las Cortes de Apelaciones es perfectible, porque no tiene sistema recursivo ni preferencia para su conocimiento (Universidad de Chile, 2021).

62 En el caso de los prestadores públicos, la mayoría de los reclamos son por el incumplimiento del derecho a una atención oportuna y de calidad (56%) y, en segundo lugar, por el incumplimiento del derecho a un trato digno (17%). En el caso de los prestadores privados, un 47% de los reclamos se refieren a la falta de información financiera, seguido por un 16% que acusa incumplimiento del derecho a una atención oportuna y de calidad (Superintendencia de Salud, 2023).

63 La Superintendencia de Salud reporta información sobre sanciones a prestadores en su página web.

64 La Comisión Nacional está integrada por dos miembros de asociaciones gremiales de profesionales del área de la salud, que sean representativos del área de la salud mental; un miembro de la asociación gremial de abogados que cuente con el mayor número de adherentes; dos miembros de sociedades científicas del área de la salud mental; dos representantes de asociaciones de usuarios de la salud mental; dos representantes de asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual, y un representante de la autoridad sanitaria. El Ministerio de Salud procurará que la conformación de las Comisiones Regionales sea de características similares, de acuerdo con la realidad local de la respectiva región. Los integrantes que no representan a la autoridad se desempeñan *ad honorem*.

65 Además, la Comisión Nacional y/o las Comisiones Regionales pueden informar a la Corte de Apelaciones sobre los casos que tomen conocimiento en el ejercicio de sus funciones.

66 Específicamente, se menciona que “desde diciembre de 2022, la Secretaría Ejecutiva de CONAPPREM ha operado con solo 33 horas semanales, distribuidas en dos profesionales: uno contratado por 11 horas semanales, y otro por 22 horas, manteniendo hasta la fecha un cargo de 22 horas vacante, que no se ha concursado. Por último, si bien todas las COREPPREM han logrado constituirse a nivel regional, no todas han podido realizar visitas de supervisión a los distintos centros de salud mental, y sus integrantes -la mayoría funcionarios de las propias SEREMI de Salud- no reciben un sueldo ni cuentan con horas protegidas para desarrollar estas labores” (CPT, 2024, p. 182).

A pesar de la existencia de los mecanismos de reclamo mencionados, Flavia Gal observa la necesidad de prestar mayor apoyo y orientación a las personas con problemas de salud mental para hacerlos efectivos: “cuando tú estás deprimido, cuando tú estás con una psicosis, cuando estás en una manía, cuando estás con un problema de ansiedad, no dominas la voluntad para atravesar todas las trabas que te ponen para hacer un reclamo”.

2. Cumplimiento de los elementos esenciales del derecho a la salud mental

En el cumplimiento de sus obligaciones referidas al derecho a la salud mental, el Estado debe adoptar acciones que contribuyan al cumplimiento de los estándares recomendados para cada dimensión de este derecho: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (Comité DESC, 1990, Consejo de Derechos Humanos, 2017)

2.1. Disponibilidad

a. Provisión de servicios de salud mental en atención primaria, secundaria y terciaria

En el sector público, los servicios de salud mental están organizados en las redes asistenciales de cada servicio de salud que abarcan una población y área geográfica definidas (MINSAL, 2014). Cada red está constituida por todos los establecimientos asistenciales públicos, los establecimientos municipales de atención primaria y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenios con el servicio de salud. Las redes asistenciales se organizan en niveles de atención primaria, secundaria y terciaria, según la complejidad de la atención que prestan⁶⁷.

En la atención primaria se abordan todos los problemas de salud, incluidos los de salud mental, mediante un equipo multidisciplinario que ofrece acompañamiento en el trayecto por la red de salud y derivaciones a otros sectores (MINSAL, 2017). Sin embargo, el MINSAL (2024) estima que aproximadamente 1 de cada 4 personas con problemas de salud mental que requieren atención, accede a prestaciones en la atención primaria en el sector público.

67 La atención primaria incluye a los servicios de primer contacto de tipo promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación. Entre otros, comprende a los Centros de Salud (CES); Centros de Salud Familiar (CESFAM); Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF); Postas Salud Rurales (PSR); Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), y Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR). La atención secundaria corresponde a establecimientos que brindan atención ambulatoria a pacientes derivados desde el nivel primario o tras consultar en las unidades de emergencia, cuando el profesional de la salud determina que requiere atención de mayor complejidad. La atención terciaria corresponde a establecimientos hospitalarios en los que se realizan procedimientos de alta complejidad, aunque también tienen funciones del nivel secundario (MINSAL, 2024b).

En cuanto a los servicios ofrecidos en la atención primaria, se observa la implementación de distintos programas de intervención de salud mental (Gatica et al., 2020). Pablo Norambuena y Javiera Erazo consideran que este nivel de atención en Chile está muy nutrido de recursos en salud mental. En 2014 el MINSAL indicaba que casi la totalidad de los consultorios contaba con psicólogos (MINSAL, 2014)⁶⁸. Sin embargo, se advierte como un aspecto negativo la demora en las atenciones en el nivel primario. Al respecto, el MINSAL (2024) reporta que entre 2022 y 2023 se redujo de 86 a 62 días el tiempo promedio de espera para acceder a atención de salud mental en los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

Respecto de la disponibilidad de servicios de salud mental en el nivel secundario, el *Plan Nacional* (MINSAL, 2017) señala que en 2016 existían 153 equipos de especialidad en el país, distribuidos en 96 Centros de Salud Mental Comunitaria (ex COSAM) y 57 equipos en Centros Adosados de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS) o Servicios de Psiquiatría.

Los Centros de Salud Mental Comunitaria son dispositivos creados según los lineamientos del primer *Plan de salud mental y psiquiatría* (MINSAL, 2001) para facilitar el desarrollo de grupos comunitarios y actividades conjuntas de salud con otros sectores a nivel territorial. En 2019 existían cien Centros de Salud Mental Comunitaria, pero el MINSAL estimaba que la brecha era de 161 establecimientos para cumplir el estándar de disponibilidad según la población (MINSAL, 2019). Actualmente, existen 103 Centros y la brecha aumentó a 176 para alcanzar la cobertura⁶⁹.

En general, el desarrollo de estos centros se evalúa positivamente debido a su cercanía con comunidades y territorios (Gatica et al., 2020). Además, registran una mayor cantidad de atenciones por persona, menor tiempo de espera y mayor grado de desarrollo del modelo de salud comunitario en comparación con otros dispositivos ambulatorios de la red (MINSAL, 2024).

Adicionalmente, en ocho regiones del país se han implementado diez Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia⁷⁰.

Los servicios de salud mental en el nivel de atención terciario del sistema público se prestan mayoritariamente en los hospitales generales y en cuatro hospitales

68 El último informe del MINSAL (2014) que analiza esta dimensión indica que “todos los centros de atención primaria han incorporado psicólogos a sus equipos, con la excepción de unos pocos centros comunitarios de salud familiar (CECOF)” (MINSAL, 2014, p.73). El mismo reporte detalla que entre 2004 y 2012 “aumentó el porcentaje de centros que cuentan con psicólogo, así como la cantidad de psicólogos y el promedio de horas que disponen por centro, aumentó el porcentaje de médicos APS que interactúan con equipos de salud mental secundarios, a través de consultorías, y también aumentaron los porcentajes de centros que realizaron actividades de medicina alternativa y que trabajan con organizaciones de usuarios y familiares de salud mental” (p. 20).

69 Ministerio de Salud, Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024.

70 El oficio del Ministerio de Salud indica que estos centros se ubican en la regiones de Coquimbo (1), Valparaíso (1), Metropolitana (3), O’Higgins (1), Biobío (1), Araucanía (1), Los Lagos (1) y Magallanes (1).

psiquiátricos. De acuerdo con lo que establece el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*, la hospitalización psiquiátrica se debería realizar en los hospitales generales de mediana y alta complejidad⁷¹, en consonancia con el *Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental* (MINSAL, 2018b) que orienta la implementación del modelo de salud mental comunitario.

Respecto a los cuatro hospitales psiquiátricos que aún existen, con el fin de avanzar en la desinstitucionalización y reducir la segregación de estos pacientes, MINSAL (2017) se comprometió a transformarlos y propuso reconvertirlos en componentes de la red territorial, de acuerdo con el modelo de gestión comunitaria⁷².

El MINSAL (2024) indica que en 2022 se cumplió la meta establecida en el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* de que todos los proyectos hospitalarios de mediana y alta complejidad en etapa de diseño cuenten con Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)⁷³. También señala que existen 803 plazas para personas adultas y 413 para niños, niñas y adolescentes en 49 Hospitales de Día⁷⁴. Sin embargo, MINSAL también advierte una brecha de 2.340 plazas para personas adultas y de 398 plazas para menores de edad en los Hospitales de Día. En cuanto a las camas disponibles en las UHCIP reportó una brecha de 552 camas para adultos y 134 camas infanto-adolescentes⁷⁵. Respecto a las camas de psiquiatría forense de mediana y alta complejidad, camas en unidades de evaluación de personas imputadas y unidades de psiquiatría forense transitoria, el MINSAL precisa que “no cuenta con estándar definido para estimar brecha ni demanda”⁷⁶.

71 Los hospitales e institutos se clasifican en establecimientos de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutoria, determinada sobre los siguientes criterios: a) Función dentro de la Red Asistencial de acuerdo con los distintos niveles de complejidad de la Red; b) Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico basado en su resolutoria, disponibilidad de recursos humanos, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza; c) Grado de especialización de sus recursos humanos (artículo 44 del Decreto 140 del Ministerio de Salud Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud).

72 Las unidades de mediana estadía que funcionan en los hospitales psiquiátricos deberán convertirse en unidades de rehabilitación intensiva y tratamiento integral comunitarias, o bien, instalarse como unidades al interior de hospitales generales, según el estado de desarrollo de la red del Servicio de Salud al cual pertenece (MINSAL, 2017).

73 La UHCIP es la encargada de proveer cuidados intensivos en salud mental y psiquiatría, tanto a población adulta como infanto-adolescente que requiere procedimientos de profundización diagnóstica, evaluación, estabilización o tratamiento en un ambiente terapéutico seguro, o que en algún momento de su enfermedad presenta descompensación de su cuadro clínico, constituyendo un riesgo para sí mismos o para terceros, incluso vital (MINSAL, 2024).

74 Es un punto de atención de hospitalización diurna, especializada, integrada a la red temática de salud mental que brinda atención a personas adultas y adolescentes en período de agudización de su cuadro clínico o en proceso de transición desde la hospitalización cerrada, mediante un abordaje terapéutico intensivo de forma temporal, otorgado por un equipo transdisciplinario. Está situado en la comunidad para facilitar el acceso diario de las personas y su red de apoyo (MINSAL, 2024).

75 Ministerio de Salud, Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024.

76 Esta situación es crítica en siete servicios de salud donde no existe ninguna cama de este tipo: Viña del Mar-Quillota, Aconcagua, Ñuble, Araucanía, Valdivia, Osorno y Chiloé.

Pablo Norambuena señala que el déficit de camas se agrava debido al uso prolongado de plazas para el cumplimiento de medidas de protección ordenadas por los tribunales de justicia, sin que exista una necesidad terapéutica asociada. Este problema, según ha observado el CPT (2024)⁷⁷ también se evidencia en los recintos sanitarios de las cárceles.

En cuanto a los esfuerzos destinados a la articulación entre los distintos niveles de atención, el equipo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales observa la necesidad de crear un sistema de registro común; fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia, así como los protocolos de derivación, y desarrollar reuniones técnicas periódicas entre los distintos niveles de atención.

Por otro lado, destacan el desarrollo de otras herramientas específicas que han favorecido la articulación de los diversos niveles de atención, entre ellas, la consultoría psiquiátrica, una instancia de coordinación entre el nivel secundario y primario para analizar casos que, en la práctica, contribuye a la formación de profesionales de la atención primaria y vinculación entre equipos.

b. Personal calificado

Para el periodo 2022-2025 el MINSAL estima una brecha de 7.000 cargos de jornada completa de profesionales no médicos y de 857 psiquiatras, tanto de adultos como infanto-juveniles⁷⁸.

Además del déficit de especialistas en el sector público, Pablo Norambuena menciona la alta rotación del personal de atención primaria, lo que impide que las acciones de capacitación tengan suficiente alcance. En este sentido, el MINSAL indica que de las 84.270 personas que integran la dotación de profesionales y técnicos de atención primaria de salud, sólo se han capacitado en salud mental 9.882, es decir, el 11,7%⁷⁹.

Desde el MINSAL, Javiera Erazo también señala la necesidad de aumentar la capacitación en primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, emergencias y desastres. Adicionalmente, Ruth Navarrete y Flavia Gal identifican una débil formación a nivel de pregrado y especialidades en el modelo comunitario y el mantenimiento de una lógica biomédica, ante la falta de integración de conocimientos de otras disciplinas.

77 El CPT (2024) detalla que “una problemática colateral en las ASAs de cárceles concesionadas es la utilización de camas de hospitalización por internos sin patologías, causada por medidas de protección dictadas por algún Tribunal de Justicia, lo cual reduce el número de camas disponibles para personas con problemas de salud” (p. 238).

78 Cifras del informe *Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, Brechas por Servicio de Salud y Especialidad* que se cita en el plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2014).

79 Oficio N°. 2369 del 21 de agosto de 2024 del Ministerio de Salud.

Para enfrentar algunos de los problemas mencionados, el plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024) establece que en el marco del plan de formación de especialistas⁸⁰ se seguirán abordando las brechas de competencias de los equipos de atención primaria y especialidad abierta y cerrada, ajustando las estrategias existentes e introduciendo innovaciones que posibiliten el traspaso de competencias en materia de salud mental.

En este contexto, en el sector público se proyecta el ingreso de 211 profesionales especialistas (150 en psiquiatría adulto y 61 en psiquiatría pediátrica y de adolescentes) en el periodo 2023-2025, mediante un trabajo conjunto con las universidades que incluye el aumento de matrículas a través del financiamiento de 119 cupos de psiquiatría adultos y 41 cupos de psiquiatría infanto-juvenil, además de la promoción del perfeccionamiento en salud mental dirigido a pediatras, médicos de familia y de urgencia (MINSAL, 2024)⁸¹.

2.2. Accesibilidad

a. Acceso igualitario a atención

De acuerdo con la información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL (2024) que se observa en la Tabla 3, en los servicios de salud el número de atenciones de salud mental⁸² a mujeres es significativamente superior y su aumento también es proporcionalmente mayor, lo mismo ocurre con el número de mujeres en control⁸³ y su aumento entre 2019 y 2023⁸⁴.

80 El *Plan de Formación Especialistas* busca abordar las necesidades crecientes de la población que se atiende en el sector público de salud mediante la formación y distribución equitativa de especialistas. Actualmente, este plan prioriza la financiación de especialidades en áreas de alta demanda, como oncología y salud mental. Sin embargo, se observa “que la distribución y la oferta de estas especialidades aún requieren ajustes para garantizar que las regiones con mayor déficit de especialistas puedan atraer y retener a estos profesionales” (Hoffman, 2024, p.98).

81 El plan también detalla otras instancias de formación para entrenadores sobre la estrategia de tamizaje e intervención breve en consumo de alcohol y de primeros auxilios psicológicos, además de *Planes Comunales de Cuidado del Personal de APS* para contribuir a la salud mental de los trabajadores de la salud en APS y otras líneas de atención en salud mental remota y de “atención plena” (Mindfulness) para el personal de salud (MINSAL, 2024).

82 El DEIS (2024a) define la atención de salud mental como la “intervención ambulatoria individual o grupal, realizada por un profesional técnico y/o gestor comunitario. La intervención incluye consejería, evaluación y confirmación diagnóstica, elaboración de plan de cuidados integrales, psicoeducación, acciones de emergencia y desastres, entre otras prestaciones”.

83 Según el DEIS (2024a) las personas en control son aquellas “que están en control en el nivel primario y secundario con médicos u otros profesionales, por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o diagnósticos de trastornos mentales”.

84 El *Termómetro de la Salud Mental* (2024) reporta que un 11% de las mujeres encuestadas se encuentran en tratamiento de salud mental versus el 3,3% de los hombres. Algunos estudios señalan que los hombres reconocen menos su malestar psicológico, lo que repercute en la búsqueda tardía de ayuda, y en el bajo uso de los servicios de salud mental. Los hombres mayores se reconocen como “un grupo demográfico en alto riesgo, debido a que presentan la tasa de suicidio más alta de la población, pero el menor reporte de ideación e intentos suicidas, así como una baja utilización de servicios de salud mental” (Aravena et al, 2018, p.1).

Por otra parte, la Tabla 3 y la Tabla 4 muestran un significativo aumento en las atenciones de personas de pueblos indígenas y personas migrantes, quienes entre 2019 y 2023 doblaron sus atenciones.

Tabla 3. Atenciones de salud mental en 2019 y 2023, según grupos específicos de la población

Grupo específico	2019	2023
Mujeres	2.785.308	3.808.446
Hombres	1.687.961	1.988.993
Personas de pueblos indígenas	15.405	29.634
Personas migrantes	11.512	28.907

Fuente: Elaboración propia basado en datos reportados por el DEIS (2024) del MINSAL

Tabla 4. Personas en control de salud mental en 2019 y 2023, según grupo específico de la población

Grupo específico	2019	2023
Mujeres	567.025	685.192
Hombres	284.909	317.146
Personas de pueblos indígenas	15.882	27.262
Personas migrantes	6.958	16.476

Fuente: Elaboración propia basado en datos reportados por el DEIS (2024) del MINSAL

El 77% de las mujeres y el 55% de los hombres presentaron enfermedades profesionales por diagnósticos de salud mental. El MINSAL estima que aproximadamente 1 de cada 4 personas con problemas de salud mental que requieren atención, accede a prestaciones en la atención primaria en el sector público.

La Tabla 5 muestra las atenciones de salud mental según tramos etarios, entre 2019 y 2023, los grupos que más aumentaron son niños, niñas y adolescentes (de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, respectivamente).

Tabla 5. Atenciones de salud mental en 2019 y 2023, según edad

Tramo etario	2019		2023		Variación porcentual de atenciones entre 2019 y 2023
	Total de atenciones	Porcentaje respecto del total nacional de atenciones	Total de atenciones	Porcentaje respecto del total nacional de atenciones	
0 a 9 años	444.607	10%	506.322	9%	14%
10 a 14 años	434.394	10%	617.998	11%	42%
15 a 19 años	434.794	10%	732.211	13%	68%
20 a 29 años	519.195	12%	734.442	13%	41%
30 a 44 años	840.678	19%	1.057.773	18%	26%
45 a 59 años	954.821	21%	1.047.326	18%	10%
60 años y más	844.780	19%	1.099.231	19%	30%
Total	4.473.269	100%	5.795.303	100%	30%

Fuente: Elaboración propia basado en datos reportados por el DEIS (2024) del MINSAL

En el caso de niños, niñas y adolescentes (clasificados como “SENAME-MN”), en la información que reporta el DEIS (2024) las consultas médicas de salud mental⁸⁵ pasaron de 1.114 en 2019 a 1.928 en 2023.

Los niños, niñas y adolescentes atendidos por el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y el Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez reciben atenciones de salud mental a través del *Sistema intersectorial de salud Integral con énfasis en salud mental de niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente*, para mejorar la vinculación del sector salud con las residencias y centros de internación provisoria y de régimen cerrado, y programas ambulatorios. Desde 2023 se cuenta con gestores intersectoriales en todos los servicios de salud del país (MINSAL, 2024). Además, este Ministerio (2024) está implementando una estrategia de acompañamiento para quienes egresan de urgencias por intentos de suicidio, en cuya primera etapa prioriza al grupo de niñas, niños y adolescentes bajo cuidado del Estado.

85 Corresponde a todas las atenciones realizadas por un médico general, o especialista en atención primaria o secundaria (especialidad) (DEIS, 2024).

En el caso del sistema privado, un estudio de la Superintendencia de Salud (2021a) informa el aumento en la demanda por atenciones de salud mental de niños y adolescentes. Entre 2010 y 2019, la tasa de atenciones de salud mental por cada mil beneficiarios aumentó en promedio 3,5 y 10% anual, en infantes, preadolescentes y adolescentes, respectivamente.

Por otra parte, en 2022, UNICEF observó que la información sobre prevalencia de problemas de salud mental en niños, niñas y adolescentes sigue siendo “escasa y atrasada” (p. 29) lo que dificulta determinar el alcance de la cobertura de las prestaciones que ofrece actualmente el Estado para este grupo etario y atender los problemas urgentes que les afectan, incluyendo intentos de suicidio y auto-lesiones.

Para abordar las crecientes necesidades de la niñez y adolescencia en materia de salud mental, el MINSAL (2024) trabaja actualmente en la adopción de una política específica que aún no se ha publicado⁸⁶.

En las comunidades educativas también se ha trabajado en la prevención del suicidio y detección precoz de estudiantes en riesgo, a través de la capacitación de 2.726 profesionales de 1.217 establecimientos educacionales (Superintendencia de Salud, 2023).

En cuanto a las personas mayores, el plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024) explicita la voluntad del Estado de fortalecer la oferta de atención de este grupo de personas y las medidas proyectadas para abordar, en particular, los problemas de demencia que afectan a este grupo etario⁸⁷.

Al respecto, es relevante mencionar que en 2019 se incorporaron el Alzheimer y otras demencias a las Garantías Explícitas de Salud para asegurar el acceso oportuno a su diagnóstico y tratamiento (MINSAL, 2024) y en 2020 el MINSAL adoptó el *Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores* y su *Plan de Acción 2020-2030*. Por su parte, en 2021, el Servicio Nacional del Adulto Mayor publicó una *Guía Práctica sobre Salud Mental y Bienestar para Personas Mayores* y, en un trabajo coordinado con MINSAL, adoptaron la *Estrategia de salud mental en personas mayores* (MINSAL, 2020) para avanzar en la implementación de medidas para atender prioritariamente otros problemas de salud mental que afectan a este grupo etario (como los trastornos depresivos) y reducir las mayo-

86 MINSAL (2024) indica que la “Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia, se encuentra en fases finales de su proceso de elaboración. Esta Política tiene como propósito desarrollar líneas estratégicas para resguardar el derecho a la salud mental de toda niña, niño y adolescente que vive en el país, a través de estrategias intersectoriales de promoción de factores protectores, prevención e intervención temprana de factores de riesgo, y atención oportuna y equitativa a los problemas y trastornos de salud mental infantil y adolescente”.

87 El MINSAL (2024) señala que “se revisará el modelo de atención en red y continuidad de los cuidados que permitirá avanzar en el cierre de brechas de especialidad para personas con demencia, tanto en diagnóstico como tratamiento. Además, se trabajará en la puesta en marcha de Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia considerando el presupuesto para el año 2024. Este trabajo será llevado a cabo por un Consejo Técnico Asesor con representantes del MINSAL y expertos” (p. 30).

res tasas de suicidios que registran. Sin embargo, el MINSAL no reporta avances sobre el cumplimiento de las medidas consideradas en esta última estrategia en el plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024).

Paralelamente, se ha observado también la necesidad de fortalecer la oferta de residencias especializadas para personas mayores⁸⁸ y remover los obstáculos en la regulación vigente que han forzado el cierre reciente de este tipo de residencias (Riveros et al, 2024).

En el caso de las personas privadas de libertad, tanto el CPT (2021, 2024) como quienes fueron entrevistados por el INDH observan escasos avances en el acceso a atención y la disponibilidad de servicios. El CPT (2024) ha evidenciado la ausencia de un abordaje institucional en los recintos penitenciarios y la falta de personal especializado en salud mental (p. 238), asimismo, señala que este problema es transversal en todas las cárceles, así como en recintos de cuidado y custodia. Asimismo, el Comité recomendó al Estado que, en el contexto del desarrollo de estrategias tales como la universalización de la atención primaria de salud y la reducción de las listas de espera, incluya las necesidades de las personas privadas de libertad.

En relación con las víctimas de violaciones a los derechos humanos cometidas por agentes del Estado, en el período de 1973 a 1990, sus familiares y otras personas beneficiarias, en el marco del Programa de Reparación y Atención en Salud (PRAIS), el MINSAL ofrece atención de salud mental regulada por las orientaciones de una norma técnica⁸⁹. Entre enero y septiembre de 2023 se otorgaron 7.470 atenciones de consulta psiquiátrica y 23.514 atenciones psicológicas⁹⁰, equivalente al 26% del total de atenciones del programa. Por otro lado, en el marco de este programa, en junio de 2023 se reportó una brecha de 44 horas semanales en la atención psicológica y psiquiátrica⁹¹.

Según los lineamientos del MINSAL (2017 y 2019), en el nivel de atención primaria, la totalidad de los establecimientos deberían ofrecer servicios de salud mental y capacitar a su personal al respecto. No obstante, el porcentaje de profesionales y técnicos que han sido capacitados llega al 12% de la dotación vigente de la APS. La Tabla 6 muestra que la tasa de capacitación es menor en las regiones de Los Ríos (4%), Arica y Parinacota (5%) y Metropolitana (8%).

88 El INDH solicitó información sobre esta materia mediante el Oficio 93 del 8 de febrero de 2024 dirigido a la Dirección Nacional del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

89 Norma General Técnica N° 88 para la atención de personas beneficiarias del programa de atención en salud a las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado entre 1973 y 1990.

90 Subsecretaría de Redes Asistenciales, Oficio N° 3926 del 31 de octubre de 2023.

91 Subsecretaría de Redes Asistenciales, Oficio N° 2262 del 29 de junio de 2023.

Tabla 6. Disponibilidad de servicios en la atención primaria (CESFAM, CECOSF), dotación capacitada y postas rurales, según región

Región	CESFAM	CECOSF	Dotación de atención primaria capacitada	Postas rurales que incorporan atención de salud mental
Arica y Parinacota	7	3	5%	100%
Tarapacá	12	3	10%	87%
Antofagasta	14	5	17%	85%
Atacama	19	1	12%	94%
Coquimbo	32	10	9%	99%
Valparaíso	81	29	8%	97%
Metropolitana	172	64	8%	95%
O'Higgins	35	11	9%	100%
Maule	47	24	17%	98%
Ñuble	29	9	34%	94%
Biobío	61	44	16%	100%
La Araucanía	43	25	13%	97%
Los Ríos	17	19	4%	84%
Los Lagos	38	30	15%	(**)
Aysén	4	4	(*)	96%
Magallanes	6	3	9%	78%
Total	617	284	12% (media)	98% (media)

Fuente: Elaboración propia basada en la información proporcionada por MINSAL, mediante el Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024.

(*) MINSAL no reportó este dato.

(**) El dato reportado por MINSAL al INDH contenía un error.

En Chile 3 de cada 4 personas están cubiertas por el seguro público de salud o FONASA, por lo tanto, pueden acceder gratuitamente a la red pública de salud. No obstante, el MINSAL estima una baja cobertura de atención en el sector público, considerando que la prevalencia de problemas de salud mental bordea al 20% de toda la población.

En el nivel de atención secundaria o de especialidad, la Tabla 7 exhibe la brecha en la cobertura de Centros de Salud Mental Comunitaria en todo el país, que asciende a 174 establecimientos. Las regiones con mayor déficit son la Metropolitana, Valparaíso y Biobío.

Tabla 7. Brechas de Centros de Salud Mental Comunitaria por región

Región	Brecha estimada
Arica y Parinacota	-2
Tarapacá	-3
Antofagasta	-3
Atacama	-5
Coquimbo	-8
Valparaíso	-21
Metropolitana	-58
O’Higgins	-10
Maule	-15
Ñuble	-5
Biobío	-17
La Araucanía	-12
Los Ríos	-5
Los Lagos	-10
Aysén	1
Magallanes	-1
Total	-174

Nota El MINSAL utiliza el concepto brecha como la diferencia entre la oferta existente y los estándares definidos a nivel nacional, según se especifica en el Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025 (MINSAL, 2019)
Fuente: Elaboración propia basada en la información proporcionada por MINSAL, mediante el Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024.

Una situación similar se observa en los servicios prestados en los Hospitales de Día y en las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP). La Tabla 8 revela que solo hay disponibilidad de camas infanto-adolescentes en las UHCIP de seis regiones.

Tabla 8. Brechas estimadas de camas UHCIP y plazas en Hospital de Día

Región	Brecha de camas adultos UHCIP	Brecha de camas infanto-adolescentes UHCIP	Brecha de plazas Hospital de Día adulto	Brecha de plazas Hospital de Día infanto-juvenil
Arica y Parinacota	3	3	-22	9
Tarapacá	-1	10	-43	5
Antofagasta	-14	2	-55	-4
Atacama	-2	-2	-29	-11
Coquimbo	-40	-8	-106	-13
Valparaíso	-46	-30	-193	-51
Metropolitana	-132	-62	-988	-172
O'Higgins	-56	-8	-125	-12
Maule	-77	-10	-159	-42
Ñuble	-22	-11	-72	-18
Biobío	-73	2	-220	-33
La Araucanía	-38	-7	-134	-27
Los Ríos	-21	-10	-63	-4
Los Lagos	-29	-16	-123	-17
Aysén	0	8	0	-4
Magallanes	0	5	-8	-5
Total	-548	-134	-2340	-399

Fuente: Elaboración propia basado en la información proporcionada por el MINSAL, mediante el Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024.

En este nivel de atención, el CPT (2022) ha constatado que los establecimientos que prestan atención cerrada se concentran en la zona central y que de los 408 que cuentan con atención residencial o atención psiquiátrica cerrada en todo el país, el 45% se ubica en la Región Metropolitana. Tanto el MINSAL (2017) como las personas entrevistadas por el INDH, señalan que la hospitalización de personas en establecimientos alejados de su lugar de residencia obstaculiza el contacto con sus redes, su rehabilitación e inserción social.

En cuanto a la oferta de hogares y residencias protegidas en los que viven personas con trastornos mentales sin red de apoyo⁹² existen 142 hogares protegidos y 77 residencias protegidas⁹³; el 45% de los hogares (65) y el 44% de las residencias (27) se encuentran en la Región Metropolitana. Respecto a las

92 La Red de Protección Social define las Residencias y Hogares Protegidos como “un programa dirigido a personas con discapacidad psiquiátrica que no cuentan con red de apoyo social, ni las habilidades para vivir en forma independiente, y que presentan dificultades para acceder a servicios sociales y para participar en su entorno comunitario”. Un Hogar Protegido es “una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias”, mientras que las residencias protegidas son dirigidas a “personas con un trastorno mental severo, quienes estando compensados clínicamente muestran un alto grado de discapacidad psíquica y dependencia, requiriéndose por ello un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y de cuidados de enfermería”. Por tanto, una Residencia tiene un mayor grado de complejidad técnica y psicosocial (DIPRES, 2020).

93 Ministerio de Salud, Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024.

diferencias por región, la más llamativa es la inexistencia de estas residencias en las regiones de O’Higgins, Aysén y Magallanes, como se observa en la Tabla 9. Por su parte, el MINSAL no ha estimado la brecha de cobertura de este tipo de residencias a nivel nacional ni regional.

Tabla 9. Número de Residencias y Hogares Protegidos por región

Regiones	N° Residencias Protegidas	N° Hogares Protegidos
Arica y Parinacota	2	2
Tarapacá	3	2
Antofagasta	1	4
Atacama	1	1
Coquimbo	4	2
Valparaíso	7	20
Metropolitana	34	65
O’Higgins	0	5
Maule	3	5
Ñuble	1	2
Biobío	11	8
La Araucanía	2	5
Los Ríos	2	4
Los Lagos	6	8
Aysén	0	2
Magallanes	0	7
Total	77	142

Fuente: Elaboración propia basado en la información proporcionada por el MINSAL, mediante el Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024

Respecto de los recursos humanos destinados a la atención ambulatoria de salud mental, la Tabla 10 evidencia que el mayor número de psiquiatras se concentra en las regiones más pobladas (Metropolitana, Biobío y Valparaíso). Por otra parte, en las regiones con menos psiquiatras, se observa que una mayor proporción del total de estos especialistas se desempeñaban en el sector público en 2021, a diferencia de lo que ocurre en la Región Metropolitana.

Tabla 10. Número de psiquiatras, y psiquiatras que trabajan en servicios de salud públicos por región

Región	Psiquiatras en 2023*	Psiquiatras en servicios de salud públicos en 2021**
Arica y Parinacota	18	9
Tarapacá	10	8
Antofagasta	27	12
Atacama	15	12
Coquímbo	59	35
Valparaíso	175	88
Metropolitana	973	325
O'Higgins	65	27
Maule	71	31
Ñuble	14	21
Biobío	216	111
La Araucanía	113	49
Los Ríos	33	21
Los Lagos	77	51
Aysén	14	9
Magallanes	13	8
Total	1.878	811

Fuente: Elaboración propia basada en datos de Lampert y la Superintendencia de Salud.
 (*) Lampert, 2023.
 (**) Superintendencia de Salud, 2023a.

Por otro lado, la Tabla 11 muestra el bajo número de psiquiatras que tienen convenio con FONASA para la atención en modalidad libre elección (MLE) y cómo se distribuyen de manera desigual a lo largo del país⁹⁴: en las regiones de Arica y Parinacota, Antofagasta, Atacama, Maule, Ñuble, Los Ríos y Aysén no hay ninguno, mientras el 59% (23) se encuentran en la Región Metropolitana.

94 Este convenio es requisito para ofrecer atención en la MLE de FONASA.

Tabla 11. Psiquiatras con convenio FONASA para atención en MLE por región

Región	Psiquiatras con convenio FONASA para atención MLE
Arica y Parinacota	0
Tarapacá	1
Antofagasta	0
Atacama	0
Coquimbo	2
Valparaíso	6
Metropolitana	23
O'Higgins	1
Maule	0
Ñuble	0
Biobío	3
La Araucanía	1
Los Ríos	0
Los Lagos	1
Aysén	0
Magallanes	1
Total	39

Fuente: Elaboración propia basada en datos de 2024 proporcionados en el Oficio N° 18550 de 2024 de FONASA.

En relación con los tiempos de espera para acceder a una consulta de psiquiatría de personas adultas en el sector público, a junio de 2024, la mediana era de 236 días a nivel nacional, es decir, la mitad de las personas que espera una consulta lo hace durante esa cantidad de días o más. Como se observa en la Tabla 12, Los Ríos registra un tiempo de espera significativamente mayor al resto (504 días), mientras el menor tiempo de espera se ofrece en el Servicio de Salud de Arica (36 días).

En el caso de las consultas de psiquiatría pediátrica y adolescente, la mediana del tiempo de espera a nivel nacional es de 292 días, mientras la espera más larga se registra en el Servicio de Salud de La Araucanía Sur (440 días).

Tabla 12. Mediana de tiempos de espera para consulta psiquiátrica por servicio de salud

Región	Servicio de Salud	Mediana de tiempos de espera en psiquiatría adultos	Mediana de tiempos de espera en psiquiatría pediátrica adolescente
Arica y Parinacota	Arica	36	No se reporta dato
Tarapacá	Iquique	47	54
Antofagasta	Antofagasta	67	79
Atacama	Atacama	166	167
Coquimbo	Coquimbo	162	155
Valparaíso	Valparaíso-San Antonio	225	303
	Viña del Mar-Quillota	373	394
	Aconcagua	165	122
Metropolitana	Sur oriente	65	271
	Norte	158	340
	Oriente	137	66
	Sur	172	77
	Occidente	304	363
	Central	275	207
O'Higgins	O'Higgins	229	317
Maule	Maule	169	236
Ñuble	Ñuble	275	290
Biobío	Biobío	200	317
	Concepción	97	101
	Arauco	403	216
	Talcahuano	306	227
Araucanía	Norte	158	411
	Sur	454	440
Los Ríos	Valdivia	504	356
Los Lagos	Osorno	160	198
	Reloncaví	374	392
	Chiloé	380	404
Aysén	Aysén	153	178
Magallanes	Magallanes	261	339

Fuente: Elaboración propia basado en datos reportados por MINSAL (2024d) a junio de 2024.

Al abordar la disponibilidad, un desafío pendiente es considerar las distancias entre los establecimientos y los lugares de residencia, especialmente en sectores rurales, la disponibilidad de transporte y la conectividad en ciertos territorios (Aguayo, 2019). El propio MINSAL (2017) ha advertido que la asignación de recursos basada en el número de personas, no atiende a variables geográficas

que impactan en el costo de las atenciones en salud mental. En consecuencia, la oferta disponible se concentra principalmente en zonas urbanas, en desmedro de los sectores rurales y alejados de los centros con mayor población.

Para facilitar el acceso físico a atenciones de salud mental, el MINSAL (2024) ha implementado los *COSAM Móviles*, cuyos equipos en terreno brindan atención a usuarios de mayor complejidad, mediante estrategias de intervención *in situ* y, en caso de ser necesario, hospitalización domiciliaria.

Además, el MINSAL (2024) ha implementado mecanismos de atención remota y teleconsultoría en salud mental⁹⁵, lo que debería contribuir a mejorar el acceso al reducir barreras geográficas, gastos de viaje y tiempos de espera. Adicionalmente, los médicos especialistas del programa *Hospital Digital*⁹⁶ se han integrado de manera telemática a los equipos de especialidad del territorio (MINSAL, 2024). Sin embargo, este tipo de iniciativas requiere que los pacientes dispongan de dispositivos adecuados, acceso estable a internet, así como un espacio adecuado para la atención. Factores como la menor utilización y acceso efectivo a este tipo de tecnología (brecha digital) de los sectores de menores ingresos y mujeres (Subsecretaría de Telecomunicaciones, 2022), también se deberían considerar al implementar este tipo de medidas.

b. Accesibilidad económica o financiera

En Chile, de acuerdo con la Superintendencia de Salud (2021), el seguro público de salud (FONASA) ha concentrado históricamente la mayor cantidad de población, su cobertura llega a 3 de cada 4 habitantes. En FONASA existe un plan de salud único que se financia con el 7% de la renta imponible, independiente del número de integrantes del grupo familiar. En cambio, los precios de los planes de las ISAPRES dependen del riesgo sanitario de cada contratante y para su financiamiento pueden añadir una cotización adicional al 7% de la renta imponible. Estas diferencias derivan en que las personas con mayores riesgos y menores ingresos se concentren en el sistema público de salud (Superintendencia de Salud, 2021).

Según estudios recientes, los costos y cobertura de este tipo de prestaciones limitan la posibilidad de acceder a la atención de salud mental. El *Termómetro de la Salud Mental* (Bravo *et al*, 2024) constató que el 24% de las personas encuestadas identifican como una barrera de acceso a este tipo de prestaciones la falta de financiamiento, mientras que un 7,6% no consultó por no tener cobertura en su plan de salud. Por su parte, el Observatorio de Salud Mental (2024) reporta que un 36% de las personas manifiestan no haber consultado por temas de salud mental, pese a sentir la necesidad, “por no tener los medios”.

95 El MINSAL reporta que a diciembre de 2021 el 100% de los servicios de salud había ejecutado actividades de teleconsultoría de salud mental en APS (Oficio N° 2369 del 21 de agosto del MINSAL).

96 *Hospital Digital* (HD) es un programa público de salud digital a cargo del Departamento de Salud Digital de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL que ofrece atención de telemedicina.

La Tabla 13 indica que el porcentaje de población que declara haber recibido atención en salud mental en los últimos tres meses varía notoriamente según el nivel de ingresos. En el caso de las personas de menores ingresos (primer decil), el porcentaje de quienes declaran haber recibido atenciones de salud mental en 2022 duplica al registrado en 2015, en tanto, entre las personas de mayores ingresos (decil X), el porcentaje de 2022 casi triplica al de 2015.

Tabla 13. Porcentaje de personas que declaran haber recibido atención en salud mental (en los últimos tres meses) en 2015 y 2022, según nivel de ingreso

Nivel de ingresos (deciles) ⁹⁷	Ingreso promedio por decil (en pesos) 2022	Porcentaje de personas que declaran haber recibido atención en salud mental en los últimos tres meses	
		2015	2022
I	\$254.840	3%	6%
II	\$500.088	3%	6%
III	\$644.027	3%	6%
IV	\$752.272	2%	5%
V	\$911.765	2%	5%
VI	\$1.103.116	3%	5%
VII	\$1.203.487	2%	6%
VIII	\$1.528.975	2%	7%
IX	\$2.021.444	3%	8%
X	\$4.163.372	3%	11%

Elaboración propia basada en datos de la Encuesta CASEN, 2015 y CASEN, 2022.

Actualmente, el GES cubre cinco enfermedades de salud mental⁹⁸, lo que constituye un avance en la accesibilidad económica para el tratamiento de estas enfermedades⁹⁹. Sin embargo, estas enfermedades representan solo el 5,7% de los 87 problemas de salud garantizados.

Con el fin de impedir la discriminación de las coberturas referidas a atenciones de

97 Intervalos que dividen a los hogares del país en diez grupos de igual tamaño, ordenados en forma ascendente de acuerdo con el ingreso autónomo per cápita del hogar. El primer decil (I) representa el 10% de los hogares con menores ingresos del país, el décimo decil (X) agrupa al 10% de hogares con mayores ingresos (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023).

98 Esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años, trastorno bipolar en personas de 15 años y más, y enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

99 De acuerdo con información reportada por la Superintendencia de Salud (2006) "estimaciones conservadoras realizadas por el organismo fiscalizador, la magnitud de los ahorros que genera la puesta en marcha del Auge en pacientes con depresión, es bastante significativa. En cifras, el tratamiento integral de una depresión leve –medicamentos y exámenes incluidos - tiene un costo de \$6.624 y de \$38.876 en el caso de la severa. Sin embargo, si este mismo tratamiento se hubiese cancelado a través de un Plan Complementario los valores habrían sido en depresión leve o moderada, \$56.351, y en severa, sobre el medio millón de pesos".

salud mental, la Ley 21.331 (2021) explicita que la atención de salud para el tratamiento de las personas con enfermedades o trastornos mentales o con discapacidad psíquica o intelectual “no podrá dar lugar a discriminación respecto de otras enfermedades, en relación con cobertura de prestaciones y tasa de aceptación de licencias médicas” (artículo 20, n° 6).

A través de la Circular IF/N° 396 del 8 de noviembre de 2021, la Superintendencia de Salud impartió instrucciones dirigidas a las ISAPRES señalando que, respecto de las prestaciones de salud relacionadas con discapacidades psíquicas o intelectuales, enfermedades mentales y la salud mental, los planes de salud no podrán establecer topes de bonificación ni topes máximos menores que los establecidos para las prestaciones de salud físicas.

En 2023, la Superintendencia detectó que, hasta enero de 2022, de los 40.838 planes de salud individuales vigentes de las ISAPRES, de los 1.297 que ofrecen actualmente (o en comercialización) 801 (72%) presentaban restricciones de cobertura asociadas a salud mental. Y que de los 39.541 planes individuales vigentes que no estaban en comercialización¹⁰⁰, 20.026 (51%) tenía este tipo de restricciones. Según los datos de enero de 2023, con posterioridad a la entrada en vigencia de la reforma normativa y la Circular, la Superintendencia constató que ningún plan en comercialización presentaba restricciones de cobertura asociadas a salud mental (Superintendencia de Salud, 2023e).

Adicionalmente, los tribunales superiores de justicia han interpretado que el artículo 20, N° 6 de la Ley 21.331 (2021) tiene alcance retroactivo, señalando que la igualdad de trato en la cobertura aplica a todos los planes vigentes de salud, independiente de si fueron suscritos antes o después de la entrada en vigencia de la Ley¹⁰¹.

La Tabla 14 muestra las diferencias de cobertura efectiva en consultas presenciales por salud mental respecto de otras especialidades¹⁰², donde unas no superan el 34% mientras las otras sobrepasan el 60% de cobertura efectiva. A su vez, la cobertura efectiva para mujeres es menor que la de los hombres en las consultas de salud mental.

100 La Superintendencia de Salud (2018), indica que “el concepto de ‘planes vigentes’ comprende todos los planes en comercialización (oferta) y todos los que, sin estar en comercialización, mantienen al menos un cotizante con beneficios vigentes” (p. 4).

101 Corte Suprema, 18 de mayo de 2023, Rol N° 68.585-2023, protección, la que confirma sentencia de Corte de Apelaciones de Antofagasta, 14 de abril de 2023 (Rol N° 957-2023).

102 La cobertura efectiva es la parte del valor facturado por la prestación que es financiada por la ISAPRES, según lo establecido en el plan de salud (ex post). El monto restante del valor facturado lo paga el afiliado en lo que se conoce como “copago” (Superintendencia de Salud, 2018).

Tabla 14. Cobertura efectiva de prestaciones de salud en planes con cobertura restringida en 2022, según tipo de consulta y sexo

Prestación	% Cobertura efectiva	
	Mujeres	Hombres
Consulta médica de otras especialidades ¹⁰³	62,3	61,3
Consulta médica de especialidad en psiquiatría adultos	29,3	34,0
Consulta médica de especialidad en psiquiatría pediátrica y de la adolescencia	28,3	30,3
Consulta psicólogo clínico (sesiones 45')	29,4	33,5

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Superintendencia de Salud (2023a).

Como se observa en la Tabla 15, las diferencias de cobertura efectiva de las consultas disminuyen cuando se trata de planes sin cobertura restringida, especialmente en las consultas de psicología, que exhiben una cobertura efectiva cercana a 55%.

Tabla 15. Cobertura efectiva de prestaciones de salud en planes sin cobertura restringida en 2022, según tipo de consulta y sexo

Prestación	% Cobertura efectiva	
	Mujeres	Hombres
Consulta médica de otras especialidades ¹⁰⁴	62,3	60,3
Consulta médica de especialidad en psiquiatría adultos	40,4	39,3
Consulta médica de especialidad en psiquiatría pediátrica y de la adolescencia	37,2	34,5
Consulta psicólogo clínico (sesiones 45')	54,4	56,1

Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Superintendencia de Salud (2023).

103 Dato calculado basado en la media de la cobertura efectiva de otras especialidades no relacionadas con salud mental.

104 Dato calculado basado en la media de la cobertura efectiva de otras especialidades no relacionadas con salud mental.

En cuanto a la cobertura que ofrece FONASA¹⁰⁵, a partir de agosto de 2022, se implementó la política de *Copago Cero* que permite a personas usuarias de los tramos C y D acceder gratuitamente a todas sus atenciones en el sistema público de salud (GES y No GES)¹⁰⁶.

Por otro lado, en la MLE de FONASA, para acceder a atención en el sector privado, el porcentaje de copago por atenciones de salud mental se estima cercano al 66% del valor total de este tipo de prestaciones (Aguilera y Arenas, 2023), lo que evidencia una baja cobertura en comparación con otras prestaciones, tal como ocurre en el caso de las ISAPRES.

En relación con las licencias médicas de salud mental, la Ley 21.331 (2021), en el artículo 20, N° 6, establece el deber de evitar la discriminación respecto a su tasa de aceptación. Sin embargo, esta obligación aún no ha sido regulada administrativamente ni supervisada por la Superintendencia de Salud ni la Superintendencia de Seguridad Social como para monitorear su cumplimiento (Superintendencia de Salud, 2023e)¹⁰⁷.

En la Tabla 16 se observa que en 2022 el porcentaje de licencias médicas por salud mental rechazadas por las ISAPRES es cerca de cuatro veces más que por otros diagnósticos (Superintendencia de Salud, 2023d)¹⁰⁸.

105 Los beneficiarios de FONASA se distribuían en los siguientes grupos (Clínicas de Chile, 2023):

Grupo A: 20%, personas que mayoritariamente no cotizan en el sistema de salud por carecer de recursos. Su porcentaje de copago en la modalidad de atención institucional de Fonasa es 0% y no tienen derecho a acceder a la MLE.

Grupo B: 39%, cotizantes con ingresos imponible mensuales de hasta \$460.000 (al 1 de septiembre 2023). Su porcentaje de copago en la modalidad de atención institucional de Fonasa es 0% y pueden acceder a la MLE.

Grupo C: 16%, cotizantes con ingresos imponibles mayores \$460.000 y menor o igual a \$671.600 (al 1 de septiembre 2023). En el caso que el cotizante tenga más de tres cargas se asigna automáticamente al grupo B, su porcentaje de copago en la modalidad de atención institucional de Fonasa es 0% y pueden acceder a la MLE.

Grupo D: 25%, cotizantes con ingresos imponibles mensuales superiores a \$671.600 al 1 de septiembre 2023. En el caso que el cotizante tenga más de tres cargas dependientes, se asigna automáticamente al grupo C. Su porcentaje de copago en la modalidad de atención institucional de Fonasa es 0% y pueden acceder a la MLE.

106 Como consecuencia de la implementación de esta política, entre septiembre de 2022 y noviembre de 2023. En su conjunto, un millón de personas han podido ahorrar más de 100 mil millones de pesos en gastos de bolsillo, lo que representa un ahorro promedio de más de \$100.000. (Gobierno de Chile, 2021).

107 El estudio señala que "las licencias médicas son parte fundamental del tratamiento de los trastornos mentales, no es esperable que los tratamientos den el resultado esperado en los tiempos adecuados si por otra parte las personas tienen la preocupación de no ver alterados sus ingresos porque la licencia sea rechazada o reducida, sumado a los trámites que se deben realizar una vez que la licencia no es aprobada en primera instancia" (Superintendencia de Salud, 2023a, p. 17-18).

108 Respecto del posible mal uso o uso fraudulento de este instrumento, la SUSESO ha desarrollado un plan para fiscalizar y sancionar, cuando corresponda, a los médicos considerados "grandes emisores de licencias" (profesionales médicos, en su mayoría, sin especialidad, que emiten más de 5.000 licencias médicas al año) (SUSESO, 2023b). La SUSESO identificó que la mayor cantidad de licencias emitidas por este grupo se refieren a diagnósticos de salud mental: el 86,4% de las licencias médicas que los "grandes emisores" hicieron fueron por este diagnóstico. Este porcentaje equivale a 32.084 licencias emitidas, pero no necesariamente autorizadas (SUSESO, 2024). Esta estrategia de fiscalización permitió que, entre enero y julio de 2023, el 35% de los médicos investigados fueran sancionados, de ellos, el 81% recibió una multa, mientras el 19% fue multado y se le suspendió la emisión de licencias médicas. En este periodo la cantidad de licencias médicas prescritas cayó 18,3% en comparación con igual periodo del año anterior (SUSESO, 2023b).

Tabla 16. Número de licencias médicas de ISAPRE tramitadas y porcentaje de licencias médicas de ISAPRE rechazadas en 2022, según sexo y diagnóstico

	Hombres		Mujeres	
Diagnóstico	Total licencias tramitadas (aprobadas + rechazadas)	Porcentaje licencias rechazadas	Total licencias tramitadas (aprobadas + rechazadas)	Porcentaje de licencias rechazadas
Salud mental	208.021	19,9%	297.430	20,2%
Otros diagnósticos	782.945	5,5%	789.170	4,6%

Fuente: Elaboración propia basada en datos reportados por la Superintendencia de Salud (2023d).

La tasa de rechazo de licencias médicas por enfermedades de salud mental en FONASA es menor, representando un 12,6% del total de licencias médicas emitidas en 2022 (Superintendencia de Salud, 2023d). Sin embargo, esta tasa de rechazo es más de cuatro veces la de las licencias médicas rechazadas por otros diagnósticos (2,7%) (Superintendencia de Salud, 2023d).

Respecto al gasto en medicamentos efectuados por las personas para el tratamiento de problemas de salud mental, los datos reportados en la Tabla 17 evidencian un aumento de 180% entre 2014 y 2021, y un monto cercano a \$170 mil millones en 2021 (Aguilera y Arenas, 2023)¹⁰⁹.

Tabla 17. Gasto estimado en medicamentos de salud mental 2014-2021 (en miles de millones \$)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gasto estimado	\$61	\$75	\$89	\$110	\$118	\$123	\$143	\$170

Fuente: Elaboración propia según datos reportados por Aguilera y Arenas, 2023.

En el marco de la implementación de la Ley 21.198 (2021) que autoriza la intermediación de medicamentos por parte de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) a farmacias y otros es-

109 Según se detalla en este estudio, la base de datos utilizada para estas estimaciones es de la empresa multinacional IQVIA que incluye información de ventas de medicamentos de las principales cadenas de farmacias y droguerías del país. En esta base se filtraron aquellos grupos de medicamentos directamente asociados a salud mental: psicolépticos (antipsicóticos, hipnóticos y sedantes, tranquilizantes) y psicoanalépticos (antidepresivos, psicoestimulantes, psicolépticos y psicoanalépticos en asociación, nootrópicos, neurotónicos y otros productos).

tablecimientos sin fines de lucro, en la actualidad existen 48 medicamentos de salud mental de alto uso que se encuentran intermediados y con bajo precio de venta¹¹⁰. Además, la reforma normativa debería contribuir a la disponibilidad de este conjunto de medicamentos en la red pública, ya que esta ley exige que todo producto que se incorpore en la intermediación para las farmacias en convenio esté disponible también en CENABAST (MINSAL, 2024).

La Tabla 18 muestra la notoria diferencia en los precios de venta de los primeros once medicamentos de salud mental en los que se ha aplicado la intermediación de precios, según datos publicados por CENABAST (2023).

Tabla 18. Precio máximo de venta de medicamentos de salud mental con intermediación de CENABAST comparado con el precio promedio en el *retail* (pesos chilenos).

Medicamento	Precio máximo de venta	Precio promedio retail
DULOXETINA 30 MG	\$4.200	\$9.014
DULOXETINA 60 MG	\$8.470	\$12.539
LAMOTRIGINA 200 MG	\$11.650	\$25.995
LAMOTRIGINA 50 MG	\$2.620	\$30.264
MEMANTINA 20 MG	\$15.990	\$27.827
ESCITALOPRAM 10 MG	\$2.540	\$4.947
HALOPERIDOL 5 MG	\$5.030	\$6.397

Fuente: CENABAST, 2023.

Por otro lado, un estudio reciente identificó que, incluso en aquellos casos de personas que cuentan formalmente con garantías y gratuidad para adquirir medicamentos, muchas veces tienen que incurrir en gastos de bolsillo cuando no están disponibles en los lugares de atención¹¹¹ (Aguilera et al, 2022). Además, el Estado debería poner especial atención a la falta de disponibilidad de farmacias que podrían vender los medicamentos con precios intermediados en algunos territorios, especialmente en sectores de menores ingresos¹¹².

110 El MINSAL (2024) informa que se espera llegar a los 59 medicamentos en 2024. Además, en noviembre de 2023 se estableció la primera alianza con grandes cadenas (Salcobrand) que permitirá contar con medicamentos a un menor precio en más de 400 locales en el país

111 En los centros de salud públicos, las personas tienen la opción de retirar sus medicamentos en el establecimiento en el que se atienden, o pueden adquirirlos directamente en farmacias privadas -cuando hay quiebres de stock en el sector público o cuando les indican formulaciones no incluidas en los programas estatales- e incurrir en gastos de bolsillo. Lo mismo ocurre cuando los beneficiarios de Isapre de alguna patología GES optan por un prestador de su preferencia en vez del prestador definido por la ISAPRE. Esto podría explicar que entre los medicamentos más vendidos por el *retail* aparecen varios que están cubiertos por garantías o programas y que se siga observando un alto gasto de las personas en medicamentos (Aguilera et al, 2022).

112 La concentración de farmacias es mayor en las regiones Metropolitana y de Valparaíso (una farmacia por 5.200 y 5.780 habitantes, respectivamente) y menor en Aysén y La Araucanía (una farmacia cada 11.000 y 8.000

c. Acceso a información

A nivel normativo, el artículo 4 de la Ley 21.331 (2021), indica que desde el ingreso a un servicio de atención en salud mental, ambulatorio u hospitalario, los equipos interdisciplinarios deben entregar a la persona información suficiente, continua y en lenguaje comprensible, señalando los beneficios, riesgos y posibles efectos adversos asociados a las alternativas terapéuticas propuestas, así como el derecho a no aceptarlas o a cambiar su decisión. Adicionalmente, el artículo 9 establece el deber de todos los prestadores de publicar el listado de derechos de los pacientes con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, contemplado en este artículo, conforme a las especificaciones técnicas ya establecidas por el Ministerio de Salud¹¹³.

Al analizar el cumplimiento de esta dimensión en Residencias y Hogares Protegidos, el CPT (2024) constató que, en general, se informa sobre los derechos, normas y funcionamiento de los centros al momento del ingreso. Sin embargo, observaron deficiencias en la entrega de información a las personas sobre sus diagnósticos, planes de recuperación y efectos de la medicación; resultados dispares sobre el acceso a sus fichas médicas, además de limitada o nula información respecto a los canales de apoyo existentes para apelar a sus tratamientos¹¹⁴.

Una opinión similar expresaron las personas entrevistadas por el INDH¹¹⁵, quienes indican que la mayoría de las personas no conoce las modalidades y niveles de atención, y disponen de limitado conocimiento sobre los procedimientos y derechos de los pacientes con problemas de salud mental contenidos en la Ley 21.331.

Por otra parte, el MINSAL ha desarrollado distintas estrategias para ofrecer información sobre la atención de salud en general, como el sitio web y la línea telefónica de *Salud Responde* (MINSAL, 2024c) y el sitio *Portal Paciente* (MINSAL, 2024b). Paralelamente, se identifican otras acciones para promover el acceso a información sobre salud mental en el marco de la implementación de programas específicos, entre ellos, el *Programa Nacional de Prevención del Suicidio*¹¹⁶.

El plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024) incluye la conformación de una red de agentes comunitarios en salud mental, el desarrollo de campañas

habitantes, respectivamente). Asimismo, se observa una mayor concentración de farmacias en los sectores de mayores ingresos, especialmente de las grandes cadenas (Aguilera et al, 2022).

113 Ministerio de Salud, Resolución Exenta N° 105, 12 de enero de 2024, aprueba Norma Técnica Manual de Normas Gráficas del artículo 9° de la Ley 21.331 sobre reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.

114 En este sentido, las personas entrevistadas por el INDH destacan que el *Manual de Derechos en Salud Mental* (Cea et al, 2015) -realizado en el marco de un proyecto de investigación financiado por CONICYT- es una herramienta útil.

115 Entrevistas realizadas a Ruth Navarrete, Graciela Romero y Pablo Norambuena.

116 El primer componente de este programa sobre educación a la comunidad entrega información a la familia para apoyar a uno de sus miembros con comportamiento suicida.

nacionales de comunicación para la promoción de la salud mental y la implementación de acciones comunicacionales locales. También el MINSAL ha desarrollado un trabajo colaborativo en esta materia con el sector educación, en el marco de las acciones de promoción y prevención incluidas en el primer eje del *Plan de Reactivación Educativa sobre Convivencia y Salud Mental* (MINSAL, 2024).

En relación con las acciones desarrolladas por otros sectores y ministerios destaca el *Programa Hablemos de Todo* implementado por el Instituto Nacional de la Juventud para informar sobre autocuidado y bienestar; la campaña y página web *Hablemos de salud mental* dirigida a niños, niñas y adolescentes desarrollada por el MDSF; y el concurso público de divulgación y socialización del conocimiento: *Salud mental, cómo la ciencia nos cuida*, para financiar el desarrollo de proyectos de difusión de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación.

2.3. Accesibilidad

a. Desinstitucionalización

Los órganos internacionales de derechos humanos y la OMS (2023) han recomendado a los Estados impulsar procesos de desinstitucionalización en el tratamiento de los problemas de salud mental. En línea con estas recomendaciones, la Ley 21.331 (2021) establece en su artículo 12 que la hospitalización psiquiátrica debe ser “una medida terapéutica excepcional y esencialmente transitoria, que sólo se justifica si garantiza un mayor aporte y beneficios terapéuticos en comparación con el resto de las intervenciones posibles”. Así, la hospitalización no se debe indicar para dar solución a problemas sociales, de vivienda o de cualquier otra índole que no sea sanitaria, y que se deben agotar todas las instancias “con la finalidad de resguardar el derecho del paciente a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad”.

Siguiendo estas recomendaciones, el MINSAL ha avanzado hacia la disminución de la capacidad de los hospitales psiquiátricos y la ampliación de camas psiquiátricas en hospitales generales (Gatica-Saavedra et al., 2020). Mientras en 2010 existían 1.899 camas de psiquiatría (incluidas de larga, mediana y corta estadía, forenses y de cuidados intensivos), en 2023 habían 1.761 (DEIS, 2024). Esto se debe, principalmente, a la disminución de camas de larga estadía en el sector público que se redujeron de 526 en 2010 a 147 en 2023, la mayoría ubicadas en los cuatro hospitales psiquiátricos de la red pública (49,5% de la oferta disponible en 2023).

Por su parte, la oferta de camas psiquiátricas de larga estadía en el sector privado se mantiene prácticamente igual: 406 camas en 2019 y 403 en 2023 (DEIS, 2024).

Adicionalmente, tanto el MINSAL (2024) como los entrevistados de la Subsecretaría de Redes Asistenciales destacan avances en la mejora de las condiciones de los hospitales psiquiátricos y su reconversión. Por otro lado, el CPT (2012) ha

observado con preocupación el alto número de internaciones involuntarias¹¹⁷ y que todavía las personas que residen en hospitales psiquiátricos no hayan sido desinstitucionalizadas (CPT, 2024).

MINSAL (2017) también precisa que los dispositivos de apoyo residencial denominados *Hogares y Residencias Protegidas* han contribuido a la reducción de las camas de larga estadía¹¹⁸. Sin embargo, en la evaluación de estos programas, la DIPRES (2020) advirtió que no se les exige autorización sanitaria a este tipo de establecimientos y que las normas técnicas que los regulan datan de hace más de 20 años, por lo que deberían actualizarse. Del mismo modo, el CPT (2024) recomendó al MINSAL actualizar estas normas técnicas según los estándares de derechos humanos vigentes y monitorear su aplicación¹¹⁹.

Complementariamente, los actores entrevistados por el INDH señalan que se requiere una mayor cantidad de cupos en hospitales generales, así como aumentar la oferta de servicios y programas intersectoriales que favorezcan la desinstitucionalización y la inclusión social¹²⁰. En ese contexto, el CPT (2024) destaca el aumento de un 15% del presupuesto para el programa de Hogares y Residencias Protegidas en 2023 y el desarrollo (en julio del mismo año) de una propuesta de *Lineamientos para el desarrollo del Plan Nacional de Desinstitucionalización en Salud Mental* que hasta la fecha no ha sido publicada.

Adicionalmente, según el MINSAL (2024) se están implementando 16 Residencias de Alta Intensidad de Apoyos cuyo objetivo es acoger aproximadamente a 160 personas actualmente institucionalizadas. Estas residencias están dirigidas a personas adultas con discapacidad de origen mental que no cuentan con red familiar o social efectivas y que requieren apoyos extensos y generalizados insertos en la comunidad.

b. Eliminación de prácticas coercitivas

El CPT (2024) ha manifestado su preocupación por que en los distintos recintos de salud mental de atención cerrada “se sigan utilizando frecuentemente medidas de contención -física y/o farmacológica- y aislamiento, y que estos procedimientos sean habitualmente normalizados por las/os funcionarias/os” (p. 182). El

117 El CPT (2021) informa sobre 1.255 internaciones involuntarias en 2020. No obstante, también precisa que, según la información reportada por diez SEREMIS de Salud, el número de internaciones involuntarias disminuyó en un 6,06% en el periodo 2017-2020.

118 Según este documento, la oferta de Hogares y Residencias Protegidas aumentó de 103 a 199 entre 2004 y 2012, en tanto, el año 2015, las plazas de apoyo residencial ascendían a 1.737, mucho más que la reducción de camas de larga estadía en los hospitales psiquiátricos.

119 El CPT (2024) en su Informe Anual de 2023 ahondó en las condiciones de las residencias y hogares protegidos dando cuenta de distintos aspectos que se deberían mejorar para asegurar la protección de los derechos de las personas que residen en estos establecimientos.

120 Entrevistas realizadas a Pablo Norambuena, Flavia Gal, Javiera Erazo y profesionales del equipo de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

académico Pablo Norambuena señala que este tipo de situaciones pueden ser aún más graves en instituciones que se encuentran al margen de la ley y que no cuentan con supervisión ni acreditación.

En su observación a las Residencias y Hogares Protegidos, el CPT identificó situaciones que, aunque infrecuentes, deberían ser erradicadas, como el uso de aislamiento en habitaciones frente a descompensaciones severas, la aplicación de “retos” o castigos cuando no cumplen las normas, y la infantilización en el trato (CPT, 2024). Frente a esta situación, se instó al MINSAL a dictar los reglamentos pendientes y protocolos de intervención para abordar con un enfoque de derechos humanos las situaciones de crisis y reforzar la implementación de métodos alternativos para reducir el uso de medidas de contención físicas o farmacológicas, además de disponer orientaciones técnicas para garantizar el consentimiento libre e informado de las personas con diagnósticos de salud mental.

Con relación a la terapia electroconvulsiva o de *electroshock*, el CPT (2021) ha observado que la norma técnica vigente del MINSAL contraviene las recomendaciones del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2013) y de la OMS, al establecer que este tratamiento se puede realizar con autorización de terceros y no prohibir su aplicación en niños, niñas y adolescentes. Rodrigo Fredes, de la agrupación *Locos por nuestros derechos* y ex usuario de un hospital psiquiátrico, señala que los profesionales que optan por este tipo de terapias suelen presionar a los pacientes y sus familiares para que accedan a su utilización, por medio de un discurso que alude a que no existen alternativas de tratamientos.

Recientemente, el MINSAL desarrolló una consulta pública para recibir observaciones sobre la actualización de la Norma Técnica de la Terapia Electroconvulsiva, en cuyo proceso contó con la colaboración del CPT (CPT, 2024)¹²¹.

c. Pertinencia cultural

El *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* (MINSAL, 2017) promueve la atención de salud mental de las personas indígenas con un enfoque intercultural, estableciendo metas referidas al cumplimiento y actualización de sus orientaciones técnicas. Por su parte, el modelo de gestión de los *Centros de Salud Mental Comunitaria* (MINSAL, 2018) establece que cada centro debe contar con equipos con formación en salud intercultural para desarrollar planes con pertinencia cultural a lo largo del curso de la vida, con facilitadores interculturales en la atención, además de incorporar los saberes y conocimientos culturales de pueblos indígenas, como factor protector de la salud mental en la atención brindada.

121 De la propuesta de actualización en desarrollo, el CPT (2024) valora “la incorporación de ajustes razonables, el establecimiento de modalidades de apoyo en la toma de decisiones durante el proceso de consentimiento informado y la creación del Registro Nacional de Terapia Electroconvulsiva” (p. 180).

Posteriormente, el *Plan de Acción* (MINSAL, 2019) incluyó el compromiso de avanzar en la implementación de las “instrucciones en salud mental intercultural y pueblos indígenas, realizadas a través de Ord. N° 2366, del 8 de agosto del 2016 y Ord. N° 460, del 1 de febrero del 2017” y propuso como meta para 2021 aplicar una “pauta de monitoreo de la implementación de las instrucciones al 100% de las SEREMIS y Servicios de Salud” (MINSAL, 2019, p. 53). Al respecto, el MINSAL reporta que en marzo de 2021 se había aplicado la pauta “al 10% de las SEREMIS y Servicios de Salud”¹²².

En cuanto a las dificultades en la implementación de este enfoque, se observa que las visiones occidentales y biologicistas que predominan en los servicios de salud mental, en la práctica, dificultan el diálogo con las cosmovisiones de los pueblos indígenas y la valoración de sus saberes y conocimientos (Universidad de Chile, 2021). También el Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (2022) ha recomendado que “la información de salud se difunda ampliamente en los idiomas indígenas, incluso a través de los medios de comunicación convencionales y sociales”.

Respecto a las personas migrantes y refugiadas, el MINSAL (2017b) considera entre los lineamientos estratégicos de la *Política de salud de migrantes internacionales en Chile*, la “transversalización de la salud de los migrantes internacionales en los programas e intervenciones de salud”, específicamente, en el área de la salud mental, mediante el desarrollo de competencias culturales y adecuación de orientaciones técnicas¹²³.

A su vez, el modelo de gestión de los *Centros de Salud Mental Comunitaria* (MINSAL, 2018a) establece que estos centros deberían contar con profesionales capacitados, gestionar tanto el acceso a traductores y/o mediadores culturales como el apoyo social a estos grupos, además de asegurar la coordinación con el nivel de atención primaria, el intersector y el trabajo comunitario constante para su inclusión. Asimismo, la *Política Nacional de Migración y Extranjería* (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2024) considera entre sus objetivos conformar equipos de salud interculturales que incorporen mediadores/as interculturales y procuren la adecuación cultural de programas de salud, así como también desarrollar estrategias para el acceso y atención de salud con pertinencia cultural.

Por su parte, ni la Ley 21.331 ni el plan *Construyendo Salud Mental* (2024) ofrecen lineamientos sobre la atención de salud con pertinencia cultural. Tampoco este último documento precisa cómo se proyecta avanzar en el cumplimiento de los objetivos específicos y metas incluidos en los instrumentos de planificación mencionados previamente (MINSAL, 2017, 2017b, 2018a y 2018b y Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2023).

122 Ministerio de Salud, Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024.

123 La Política señala que se “incorporará a este grupo de la población a las estrategias de salud mental como un grupo en situación de vulnerabilidad con orientaciones específicas y el desarrollo de competencia culturales para atender adecuadamente a sus necesidades en salud” (p. 64). Además, este trabajo se debería concretar en “la adecuación de normas técnicas, guías clínicas, protocolos, cartillas informativas y otros” (p. 64).

d. Enfoque de género

El *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* incorpora entre sus principios orientadores la pertinencia de los servicios de salud mental, lo que implica considerar las particularidades de la población a la que están dirigidos y aplicar, entre otros, el enfoque de género.

Mujeres

En su diagnóstico, el *Plan Nacional* (MINSAL, 2017) considera la alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos en las mujeres, especialmente quienes están embarazadas, y menciona que las mujeres víctimas de violencia de género tienen casi el doble de probabilidades de presentar trastornos depresivos unipolar o por consumo de alcohol¹²⁴. En consecuencia, propone la actualización de los documentos técnicos que orientan la práctica clínica para incorporar el enfoque de género y los planes de capacitaciones intersectoriales en violencia intrafamiliar y de género.

En línea con estas orientaciones, el modelo de gestión de los *Centros de Salud Mental Comunitaria* (MINSAL, 2018) incluye como una de las estrategias para grupos poblacionales específicos, acciones dirigidas a mujeres embarazadas, púrpuras o en periodo de lactancia, con el fin de detectar oportunamente problemas de salud mental. Sin embargo, no precisa otras estrategias para las mujeres en general.

El plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024) propone desarrollar un enfoque de salud mental con perspectiva de género en el marco de la implementación del *Sistema Nacional de Cuidados*¹²⁵ y fortalecer la atención a mujeres que cumplen labores de cuidado, quienes asumen cerca del 70% de la carga que implica una persona que padece una enfermedad relacionada con las demencias¹²⁶. También anuncia la generación de programas integrales que aborden las consecuencias de la violencia de género en mujeres, niños, niñas y adolescentes, y disidencias (MINSAL, 2024).

124 En particular, señala que alrededor del 30% de las mujeres embarazadas sufre síntomas de depresión y/o ansiedad y que los principales síntomas o problemas de salud declarados por los trabajadores y trabajadoras se refieren al ámbito de la salud mental, entre las más afectadas apuntan a "las mujeres que laboran en el servicio doméstico, en ocupaciones familiares no remuneradas, en empleos informales y trabajadoras del sector público" (MINSAL, 2017, p. 16).

125 El *Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados "Chile Cuida"* es una red intersectorial e integrada de iniciativas públicas, comunitarias y privadas para la provisión de servicios y prestaciones de cuidados, articulados y/o regulados por el Estado. Está dirigido a personas que requieren cuidados y personas cuidadoras (Gobierno de Chile, 2024).

126 SENADIS (2019) reporta que, a septiembre de 2019, el Registro nacional de personas naturales que prestan servicios de apoyo a personas con discapacidad incluía a 1.603 personas inscritas. El 76,4% (1.225 personas) se identifica como mujer y 23,6% (378 personas) como hombre. Asimismo, a marzo de 2024, el Registro de personas cuidadoras integrado en el Registro Social de Hogares contaba con 85.817 personas inscritas, de ellas el 87% son mujeres y el 13% hombres.

El *Plan Nacional de Salud Mental* (MINSAL, 2017) establece orientaciones para contribuir al respeto al derecho a la autodeterminación de las personas LGBTIQ+ y la eliminación de todo trato discriminatorio. Para ello, los centros de salud deben capacitar y sensibilizar a los equipos de salud mental, incorporar el lenguaje social que permita la detección activa de la identidad de género, y procurar intervenciones a nivel individual, familiar y comunitario, en coordinación con la atención primaria (MINSAL, 2018).

Matías Trujillo, director ejecutivo de la Fundación Todo Mejora, sostiene que algunos de los profesionales del sector salud que atienden a estas personas no reconocen la diversidad sexual o invalidan su identidad de género. Agrega que los procesos de definición de su identidad de género u orientación sexual suelen ser subestimados o relativizados por los profesionales que les atienden al indicar que se trata de una “situación temporal” o que no es algo importante.

En este contexto, se destaca la implementación del *Programa de acompañamiento psicosocial a la identidad de género para niños, niñas y adolescentes*, cuyo fin es dar cumplimiento a la Ley 21.120 que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género (2018); junto con la publicación de la Circular B2 N° 6, sobre la protección de derechos de las personas en relación con la orientación sexual, identidad y expresión de género en la atención y cuidados de salud mental (MINSAL, 2024). Entre otros temas, esta Circular detalla que las terapias de conversión no son prácticas válidas (ni por los prestadores públicos ni privados) e instruye prohibir su aplicación.

El plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024) también incluye como grupos a priorizar a las personas LGBTIQ+ debido al mayor riesgo y prevalencia de problemas de salud mental que presentan y su mayor exposición a situaciones de discriminación y violencia.

Matías Trujillo, además de reconocer estos avances, señala que un desafío pendiente es fortalecer la formación y capacitación del personal de salud en la temática LGBTIQ+ como un aspecto fundamental para garantizar que la atención en salud mental sea de mejor calidad y pertinencia.

2.3. Calidad

Para salvaguardar la calidad de los servicios y prestaciones de salud mental, el Estado debe cautelar su implementación basada en criterios técnicos orientados por estándares adecuados, aplicables a los distintos procesos y prestadores que intervienen en la provisión del derecho a la salud mental.

Hasta el 2017, sólo existían estándares de acreditación en salud mental para instituciones de atención psiquiátrica cerrada, vigentes desde 2010, supervisados por la Superintendencia de Salud (MINSAL, 2017). Posteriormente, en 2018, la

Superintendencia de Salud (2018a) adoptó el *Manual del estándar general de acreditación para centros que otorgan tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas*.

Los demás estándares de acreditación desarrollados por la Superintendencia de Salud, en particular aquellos que regulan la atención abierta, no consideran elementos asociados al respeto de los derechos de las personas con problemas de salud mental reconocidos en la Ley 21.331.

En 2023, el CPT recomendó a la Superintendencia de Salud actualizar los procesos de acreditación para prestadores institucionales de atención psiquiátrica cerrada según estándares de derechos humanos. En respuesta, en mayo de 2023, la Superintendencia convocó a una mesa técnica para la elaboración de un nuevo modelo de estándar de acreditación para prestadores institucionales de atención cerrada e invitó al CPT a colaborar en esa instancia (CPT, 2024).

Por su parte, el plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024) menciona el desarrollo de instrumentos para mejorar la calidad de la atención en salud mental, elaborados en forma participativa e incluidos en los Compromisos de Gestión Institucional¹²⁷.

a. Implementación del modelo comunitario

La plena implementación de un modelo comunitario para abordar los problemas de salud mental constituye un anhelo de larga data en el país, según plantean los distintos instrumentos de planificación impulsados por MINSAL (2001, 2017, 2018a, 2018b, 2019 y 2024). Este modelo debería prestar especial atención a la persona que padece una enfermedad mental grave y persistente, a su familia y al impacto de esta condición de salud en su entorno. Además, se debe considerar cómo este entorno “contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional” (MINSAL, 2018. p.25).

El *Modelo de gestión centro de salud mental comunitaria* (MINSAL, 2018a) y el *Modelo de gestión de la red temática de salud mental* (MINSAL, 2018b) han permitido operacionalizar y concretar las aspiraciones del modelo de atención comunitario en los distintos niveles de atención. El primero identificó carencias o deficiencias que han dificultado la implementación del modelo comunitario, en cuanto al desarrollo conceptual del modelo; en la alineación del sistema en el desarrollo y organización de la oferta de servicios; en el desarrollo de un enfoque integral para el abordaje de la salud mental y física, en la vinculación de los centros de atención en salud mental con su comunidad y redes socio-sanitarias;

¹²⁷ Los Compromisos de Gestión (COMGES) son una herramienta de control que permiten evaluar el desempeño de los servicios de salud y su red de establecimientos en los ámbitos priorizados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (MINSAL, 2024).

en la participación de los pacientes y sus familiares en la toma de decisiones en general, y en las competencias de los equipos, debido a la falta de instancias de capacitación, formación de pregrado y polos docente asistenciales (MINSAL, 2018a)¹²⁸. Otro desafío que se identifica en esta materia es la coexistencia del enfoque biomédico y biopsicosocial en los equipos médicos y servicios prestados (MINSAL, 2018a)

El *Plan de Acción de Salud Mental* (MINSAL, 2019) estableció como meta para el año 2023 que la totalidad de los servicios de salud implementen las orientaciones del *Modelo de gestión de la red temática de salud mental* (MINSAL 2018a)¹²⁹. El MINSAL informa que, actualmente, el 100% de los servicios ha avanzado en la elaboración de sus planes de rediseño de acuerdo con estas orientaciones, pero aún no se ha cumplido la meta propuesta en su *Plan de Acción* (2019) que busca que la totalidad de los servicios de salud desarrollen procesos de evaluación de su implementación¹³⁰.

El plan *Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024) advierte dos desafíos pendientes: las escasas atenciones grupales con énfasis comunitario y el desarrollo de planes de atención no consensuados con las personas usuarias en la atención primaria. Para abordarlos, MINSAL (2024) está desarrollando un plan de mejoramiento de la atención en salud mental en la atención primaria con la intención de reforzar este enfoque y, específicamente, la iniciativa de equipos asertivos comunitarios, focalizada inicialmente en la atención de niños, niñas y adolescentes.

b. Consentimiento informado y colaboración de los pacientes en sus tratamientos

La Ley 21.331 en su artículo 4 consagra el derecho “a ejercer el consentimiento libre e informado respecto a tratamientos o alternativas terapéuticas que les sean propuestos. Para tal efecto, se articularán apoyos para la toma de decisiones, con el objetivo de resguardar su voluntad y preferencias”. Asimismo, establece el deber del establecimiento de salud de entregar información sobre las alternativas terapéuticas propuestas y el derecho de la persona a no aceptarlas o a cambiar su decisión durante el tratamiento. También se refiere al deber de los equipos de salud de promover el resguardo de la voluntad y preferencias de la persona, mediante declaraciones de voluntad anticipadas, planes de intervención en casos de crisis psicoemocional y el uso otras herramientas que cumplan el mismo

128 Ruth Navarrete señala también la necesidad de avanzar hacia una mayor formación de los y las profesionales de la salud centrada en el modelo familiar y comunitario, y destaca la importancia del rol de los CESFAM para fortalecer el trabajo con las comunidades.

129 Deriva del *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* y contiene “las orientaciones técnicas para el desarrollo de la red pública de salud de Chile, abordando en detalle las dimensiones de sentido, relaciones y estructura de este sistema. Su objetivo es orientar las decisiones respecto a la inversión pública en salud mental e impulsar una transformación de las prácticas y una ampliación coherente de los recursos dedicados a esta temática” (MINSAL, 2018a, p. 15).

130 Ministerio de Salud, Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024.

objetivo. Además, el artículo 9 de la ley regula el derecho de las personas a participar activamente en sus tratamientos y prohíbe realizar algún tratamiento sin considerar su voluntad.

Pese a este reconocimiento normativo, todavía existen limitaciones para garantizar el respeto a la voluntad de las personas usuarias, al mantener la posibilidad de sustituir la voluntad de la persona por un consentimiento otorgado por familiares, tutores, curadores o representantes legales (Universidad de Chile, 2021).

Otra brecha importante es la limitación al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psíquica e intelectual que se mantiene vigente en el ordenamiento jurídico¹³¹, a pesar de las numerosas recomendaciones efectuadas por órganos de derechos humanos, como el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2016)¹³², el propio INDH (2014 y 2016) y el CPT (2024) que han instado al Estado a reformar la normativa vigente que mantiene este tipo de limitaciones, e implementar un modelo de toma de decisiones con apoyo, respeto a la autonomía, voluntad y preferencias de las personas con discapacidad, para dar cumplimiento al artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006)¹³³.

c. Incorporación de evidencia

El MINSAL (2017, 2024) señala que uno de los principales problemas relacionados con la disponibilidad de evidencia útil para la formulación e implementación de acciones en el ámbito de la salud mental es la falta de información sobre la prevalencia de problemas de salud mental a nivel nacional y regional. De acuerdo con este diagnóstico, el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* (MINSAL, 2017) incluyó entre sus metas para 2025 la aplicación de una Encuesta Nacional de Salud Mental.

Adicionalmente, tanto las personas entrevistadas por el INDH como el MINSAL (2024), destacan la necesidad de levantar información a nivel local y sobre gru-

131 En particular, el INDH (2016) recomendó “modificar el Código Civil en sus arts. 456 y 457, que priva a las personas con discapacidad de administrar sus bienes; así como los arts. 1446 y 1447 que establecen su incapacidad jurídica absoluta. También se recomienda reformar los arts. 356 y 357 del Código de Procedimiento Civil, que les impide ser testigos en procesos judiciales” (296-297).

132 El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha recomendado a nuestro país derogar “toda disposición legal que limite parcial o totalmente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad adultas, y adopte medidas concretas para establecer un modelo de toma de decisiones con apoyo que respete la autonomía, voluntad y preferencias de las personas con discapacidad, en armonía con el artículo 12 de la Convención y la observación general núm. 1 (2014) del Comité” (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2016).

133 El Artículo 12 de esta Convención establece que los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida y que “adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”.

pos específicos; evaluar las medidas adoptadas (incluidos los aspectos presupuestarios), los programas e intervenciones implementadas, y promover una mayor integración de datos de otros sectores del Estado para abordar los determinantes sociales de salud mental.

Por otra parte, el MINSAL reconoce como un avance que la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 haya incorporado por primera vez un módulo específico de salud mental que evaluó la prevalencia de algunos síntomas y problemas, así como el uso de servicios y factores protectores y de riesgo asociados a una enfermedad mental (MINSAL, 2024).

d. Satisfacción de usuarios y usuarias

La satisfacción de las personas con problemas de salud mental que reciben tratamiento es un elemento fundamental para la evaluación de su calidad y pertinencia.

En el *Termómetro de la Salud Mental* (2024) -estudio que, entre otros temas, analiza el acceso a tratamiento a salud mental en el sistema público y privado- se observa que un 80,5% de las personas de las personas atendidas en los últimos doce meses evaluó el tratamiento como eficaz, mientras que un 10% indicó no registrar cambios o no estar seguros como para responder. El 60% de las personas que recibió atención psicológica en el último año dijo estar muy satisfechos o completamente satisfechos con la forma en que el terapeuta trató su problema. Esta proporción baja en el caso de consultas con médicos psiquiatras y otros médicos (Bravo et al, 2024)¹³⁴.

Por su parte, el Observatorio de Salud Mental Chile (2024), en un estudio acerca de la percepción y evaluación del proceso de atención de salud en el sistema público, reporta que, en una escala de 1 a 7, el 92% de las personas encuestadas califica con nota 2 o 3 la efectividad de los programas de salud mental del Estado. Así mismo, 9 de cada 10 personas expresan descontento con la calidad de este tipo de atención debido, principalmente, a factores como el trato al paciente, la atención oportuna y la falta de efectividad del tratamiento¹³⁵.

e. Erradicación del estigma hacia la salud mental

El MINSAL (2024) reconoce que abordar la erradicación del estigma en el ámbito de la salud mental es prioritario dado que “las personas con trastornos de salud mental pueden retrasar, interrumpir o dejar de buscar tratamiento por miedo a

134 Esta investigación consideró una muestra aleatoria representativa de la población urbana del país de 2.600 personas sin distinguir entre atenciones en el sistema de salud público o privado.

135 Este estudio consideró una muestra aleatoria de 19.000 personas distribuida de forma homogénea para asegurar la representatividad de cada región del país (Observatorio de Salud Mental, 2024).

esta estigmatización y discriminación” (p. 46). Para avanzar en esta prioridad, el *Plan de Acción* (MINSAL, 2019) comprometió la elaboración de orientaciones técnicas para cumplir este propósito. Al respecto, MINSAL reportó que no ha cumplido esta meta, pero que ha desarrollado otras acciones como la sistematización de buenas prácticas para afrontar este estigma a nivel nacional, regional y local, además de la elaboración de orientaciones focalizadas con el mismo fin¹³⁶. También, el *Plan Construyendo Salud Mental* (MINSAL, 2024) informa sobre estrategias comunicacionales para avanzar en la reducción del estigma¹³⁷.

Ruth Navarrete, voluntaria del *Programa Ecológico en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria*, afirma que sigue existiendo estigma hacia las personas con problemas graves de salud mental al recibir atención de salud. En ese sentido, Flavia Gal menciona que se tiende a asociar a las personas con su diagnóstico y se las trata como si fueran, en sí mismas, un problema. Esta situación se ve reforzada por el paradigma biomédico que aún predomina en el campo de la salud mental (Valderrama y Zolezzi, 2021).

Por otra parte, tampoco existen estudios que hayan analizado los efectos de la aplicación de la Ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación (2012), particularmente, en las personas con problemas de salud mental, con el objetivo de visibilizar las situaciones de discriminación que siguen enfrentando y monitorear la respuesta del Estado.

En cuanto a los avances, las personas entrevistadas consideran que el mayor abordaje del tema de salud mental por parte de las autoridades ha contribuido a disminuir el estigma y destacan los espacios de difusión existentes en medios de comunicación masivos. Además, en general, se observa que hay un mejor trato y percepción respecto a personas con problemas de salud mental¹³⁸.

136 Ministerio de Salud, Oficio N° 2369 del 21 de agosto de 2024, menciona la elaboración del documento *Orientaciones para el trabajo en salud mental en SEREMI 2024: Abordaje del estigma hacia la salud mental en 2024*.

137 Específicamente, indica que para potenciar la presencia del tema en medios nacionales y desarrollar una página web, la División de prevención y control de enfermedades del MINSAL considera la “relevancia del bienestar emocional y la salud mental en general, con énfasis en el estigma” (MINSAL, 2024).

138 Sobre la base de una encuesta reciente, el Observatorio de Salud Mental (2024) determinó que sólo un 0,94% de los entrevistados consideran que las personas que asisten al psicólogo y/o psiquiatra “están muy mal”, mientras que el 43,06% identifica que son personas que “buscan resolver sus dificultades” y el 34,59% que son “valientes y responsables”.

Prevalencia de problemas de salud mental:

2/3

de las personas en Chile consideran que la salud mental es uno de los mayores problemas de salud que enfrenta el país

Fuente: IPSOS, 2023

67%

de los trabajadores que presentaron una enfermedad profesional de origen laboral reportó diagnósticos de salud mental

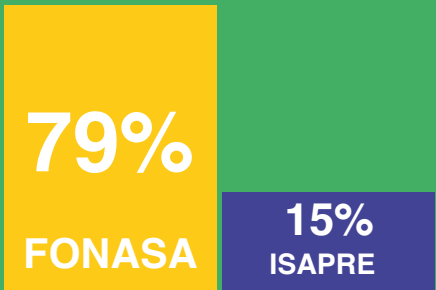
Fuente: SUSESO, 2023



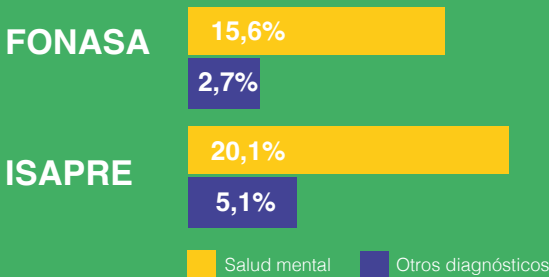
Entre 2019 y 2023 las atenciones de salud mental de niños y niñas entre 10 a 14 años aumentaron un 42%

y de adolescentes entre 15 a 19 años, en un 68%

Porcentaje de personas afiliadas según sistema previsional de salud



Rechazo de licencias médicas



Fuente: Superintendencia de salud, 2024

CONCLUSIONES

En este capítulo se ha expuesto que el Estado, en los últimos ocho años, ha dado mayor relevancia al derecho a la salud mental mediante la aprobación de normas específicas y la formulación de planes y programas al alero del Ministerio de Salud, con especial foco en los procesos de desinstitucionalización, promoción de la inclusión social y comunitaria, y reducción del estigma asociado a los problemas de salud mental.

Además, se observan progresos en el tratamiento igualitario de este tipo de enfermedades, que se expresan en el mayor acceso a prestaciones médicas y cobertura. No obstante, subsisten diferencias significativas en la cobertura de estas prestaciones y una alta tasa de rechazo de licencias médicas en comparación con otros diagnósticos.

También se observa una mayor consciencia, a nivel estatal, sobre la necesidad de un cambio de enfoque para abordar la salud mental, lo que debería contribuir al mayor respeto, promoción y garantía de los derechos de las personas que requieren este tipo de atención y su reconocimiento como sujetos de derecho.

Sin embargo, se evidencia un menor desarrollo y monitoreo de actividades de promoción, prevención e inclusión social a nivel intersectorial, lo que podría obstaculizar los avances en la implementación del modelo de atención comunitaria y el proceso de desinstitucionalización.

A nivel legislativo, el recientemente presentado proyecto de ley integral de salud mental debería contribuir a precisar las responsabilidades de los distintos ministerios y sectores involucrados para la implementación del modelo comunitario de salud mental, especialmente en materia de inclusión social y abordaje de los determinantes sociales de las enfermedades mentales.

Por otro lado, se advierte escaso monitoreo de los instrumentos de planificación, y de la adecuada disposición y distribución de los recursos, considerando las necesidades de todos los territorios del país. Al respecto, es imprescindible disponer de información actualizada y oportuna sobre los avances en las metas comprometidas y la dimensión del gasto asociado a salud mental.

Pese a los esfuerzos y compromisos del Estado de aumentar el presupuesto destinado a salud mental, existe poca claridad respecto de su progreso en relación con las necesidades existentes, y si la mayor disposición de recursos ha contribuido al pleno respeto de los estándares de derechos humanos en materia de aceptabilidad y acceso igualitario.

Adicionalmente, se deben fortalecer y ampliar los mecanismos de supervisión que contribuyan a la prevención y sanción de las vulneraciones de derechos que siguen experimentando las personas con trastornos mentales, especialmente quienes se encuentran institucionalizadas. En este contexto, se observa necesario priorizar la dictación de los reglamentos pendientes de la Ley 21.331.

En cuanto a la dimensión de disponibilidad del derecho a la salud mental, se identifica una mayor provisión de servicios médicos en todos los niveles. No obstante, se mantienen brechas en la disponibilidad de personal calificado y en la

atención oportuna y especializada, que se manifiestan en listas de espera prolongadas, además de brechas en plazas de hospitales no psiquiátricos y alternativas de residencias para personas que no cuentan con redes de apoyo.

En materia de accesibilidad, destacan iniciativas para facilitar el acceso a tratamiento y servicios médicos, particularmente de grupos de especial protección como mujeres, población LGBTIQ+, niños, niñas y adolescentes, personas mayores con demencia y las personas que les cuidan. Al mismo tiempo, perduran limitaciones en relación con la equidad territorial, la accesibilidad económica y financiera, y una menor atención a la situación de las personas privadas de libertad.

En el ámbito de la aceptabilidad destaca la reducción de camas de larga estadía dentro del proceso de desinstitucionalización que impulsa el Estado. Sin embargo, persisten limitaciones en la disponibilidad de alternativas de cuidado y lugares de residencia para las personas con problemas graves de salud mental.

También resultan preocupantes las deficiencias identificadas en la institucionalidad vigente destinada a la prevención y sanción de violaciones de derechos humanos en el contexto de la atención en salud mental (CONAPPREM y CO-REPPREM), entre ellas, su falta de independencia y disponibilidad de recursos, además de la falta de actualización de normas técnicas que regulen las prácticas coercitivas y la terapia electroconvulsiva.

Todavía se mantienen las limitaciones normativas que dificultan el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psíquica e intelectual, y la ausencia de un sistema de apoyos y cuidados que garanticen su autonomía y consentimiento frente a la atención médica.

Acerca de la pertinencia cultural, a nivel programático se reconoce y declara la importancia del abordaje intercultural y la atención de necesidades particulares de quienes pertenecen a pueblos indígenas y personas migrantes, pero se debería reforzar el monitoreo de la implementación de estas orientaciones y su difusión.

En igualdad de género destaca el desarrollo de programas específicos que abordan las necesidades de las mujeres y de la población LGBTIQ+. Además, recientemente se agregó, a nivel programático, la preocupación por las personas cuidadoras -debido a que esta función continúa siendo una carga mayoritariamente femenina- y el impacto en su salud mental.

En relación con la calidad, se observan avances en el monitoreo del cumplimiento de estándares, pero aún persisten brechas en los sistemas de acreditación, fiscalización y evaluación, tanto de la atención que ofrecen los prestadores públicos como privados. Aunque se han realizado esfuerzos, la implementación del modelo comunitario debe seguir siendo monitoreada y evaluada periódicamente.

Para mejorar la calidad de los servicios y prestaciones se requiere evidencia sobre la prevalencia de diagnósticos a nivel nacional, regional y en grupos específicos, y considerar la opinión de los pacientes. Hoy esa información es limitada o está desactualizada. Finalmente, aunque ha disminuido el estigma hacia la salud mental, aún está pendiente el desarrollo de orientaciones que contribuyan a su erradicación en todos los niveles de atención y potenciar la formación y sensibilización de los funcionarios del área de la salud y de la población en general.

RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social y Familia y al Ministerio de Hacienda, se les recomienda monitorear el avance de las metas propuestas en los instrumentos de planificación que abordan la promoción, prevención y atención de salud mental y disponer las medidas presupuestarias y recursos requeridos para avanzar en su cumplimiento. Lo anterior, considerando el levantamiento de información actualizada sobre prevalencia de problemas de salud mental, las necesidades de los territorios en los distintos niveles de atención y la adecuada implementación del modelo comunitario.
2. Al Ministerio de Salud y al Ministerio de Hacienda, se recomienda fortalecer la oferta de personal especializado y desarrollar estrategias que permitan disminuir las brechas identificadas en los distintos niveles de atención y territorios, enfocándose en la reducción de las listas de espera y en la atención oportuna de las personas con problemas de salud mental. Asimismo, se recomienda fortalecer la formación continua de todo el personal de salud en salud mental y en el modelo de atención comunitario.
3. Al Ministerio de Salud, se recomienda fortalecer y ampliar los espacios de participación a nivel nacional, regional y local en el desarrollo e implementación de las políticas y planes sobre salud mental, potenciando y estableciendo las adaptaciones requeridas para la inclusión efectiva de personas expertas por experiencia, personas con discapacidad y otros grupos de especial protección en estos espacios.
4. Al Ministerio de Salud, se recomienda agilizar la publicación de los reglamentos pendientes establecidos en la Ley 21.331 y actualizar las normas técnicas dirigidas a implementar procesos de desinstitucionalización y reducción de prácticas coercitivas, especialmente, la reglamentación relacionada a hospitalización y la actualización de la norma técnica que regula la terapia electroconvulsiva.
5. Al Ministerio de Salud, al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, al Ministerio de Vivienda y Urbanismo y al Ministerio de Hacienda se les recomienda -para avanzar en el proceso de desinstitucionalización- fortalecer la oferta de residencias alternativas para personas que egresen de hospitales, mejorar las condiciones de las residencias existentes, junto con actualizar su regulación y asegurar un sistema de acreditación y monitoreo periódico de las condiciones de estos establecimientos.
6. Al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Salud, se recomienda monitorear periódicamente y difundir información sobre el monitoreo efectuado sobre el cumplimiento del artículo 20 N°6 de la Ley 21.331, en cuanto a evitar la discriminación de personas con enfermedades mentales respecto de la cobertura de sus prestaciones. También se recomienda tomar medidas para velar por el trato igualitario en cuanto a la aprobación y pago de licencias médicas por enfermedades de salud mental, mediante la adopción de orientaciones técnicas y la supervisión del cumplimiento de la normativa vigente.

7. Al Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Salud, se le recomienda redactar orientaciones técnicas, actualizar guías de acreditación y priorizar acciones de fiscalización en el ámbito de su competencia, con el objetivo de garantizar y supervisar el respeto de los derechos de las personas con problemas de salud mental en el contexto de la atención otorgada por prestadores públicos y privados, considerando las disposiciones de la Ley 20.584 y Ley 21.331 e incorporando en esta evaluación los estándares de derechos humanos desarrollados en este capítulo.
8. Al Ministerio de Educación; Ministerio de Desarrollo Social, a través del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; Ministerio de Justicia, a través del Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil, y Ministerio de Salud, se les recomienda monitorear y fortalecer el desarrollo de iniciativas intersectoriales destinadas a levantar necesidades y contribuir a la prevención, promoción y tratamiento oportuno de salud mental de niños, niñas y adolescentes -con especial atención a la situación de quienes están bajo el cuidado del Estado y aquellos que requieren protección especializada- además de la implementación de medidas para mejorar la convivencia y reducir la violencia en el ámbito escolar.
9. Al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, mediante el Servicio Nacional del Adulto Mayor, y al Ministerio de Salud, se les recomienda monitorear y fortalecer el desarrollo de iniciativas intersectoriales para identificar y atender las necesidades en materia de salud mental de las personas mayores, en línea con lo establecido en la *Estrategia de Salud Mental para Personas Mayores (2020)* y el *Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores 2020-2030 (2021)*.
10. Al Ministerio de Salud; al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a través de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, y al Ministerio del Interior y Seguridad Pública, a través del Servicio Nacional de Migración y Extranjería, se les recomienda asegurar la implementación de un enfoque intercultural para abordar la salud mental, con especial consideración de la población indígena y de las personas migrantes, por medio de la disposición de recursos suficientes, del monitoreo periódico de los compromisos considerados en los planes vigentes y de la capacitación de quienes ofrecen este tipo de atención.
11. Al Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, se les recomienda atender las necesidades de las personas privadas de libertad, evitando todo tipo de discriminación en el otorgamiento oportuno y de calidad de prestaciones de salud mental y adoptar medidas de coordinación efectivas para este propósito, de acuerdo con los estándares desarrollados en este capítulo.
12. Al Ministerio de Salud y al Ministerio Secretaría General de Gobierno, se les recomienda implementar y monitorear los efectos de las acciones de promoción y sensibilización del personal de salud y de la población en general, dirigidas a la reducción del estigma y discriminación de las personas con problemas de salud mental. Asimismo, se recomienda evaluar la aplicación de la Ley 20.609 respecto a este grupo de personas.

13. Finalmente, se reiteran las siguientes recomendaciones formuladas anteriormente por el INDH respecto a temas abordados en este capítulo:
- a. A los órganos colegisladores “armonizar la legislación vigente bajo los principios de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, sobre todo con el fin de reconocer plenamente su capacidad jurídica, igualdad ante la ley, acceso a un recurso efectivo y a las garantías judiciales correspondientes” (INDH, 2016, p. 296-297).
 - b. Al Ejecutivo “desarrollar políticas que se promuevan en las instituciones públicas y privadas de atención de salud, así como en la población, el paso de un modelo de sustitución de decisiones a un modelo de apoyo en la toma de decisiones de personas con discapacidad mental para propender a su autonomía” (INDH, 2014, pág. 296).
 - c. A los órganos colegisladores “promover una reforma a la Ley 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, de modo que la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales (CONAPPREM) y las Comisiones Regionales de Protección ejerzan sus labores de modo independiente, sin estar sujetas al Ministerio de Salud, y cuenten con recursos humanos y financieros para cumplir con sus mandatos legales, de manera de asegurar la vigencia del artículo 16 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre protección contra la explotación, la violencia y el abuso” (INDH, 2017, p. 219).
 - d. Al Poder Ejecutivo que, “mediante una política coordinada de los ministerios de Salud, Vivienda y Desarrollo Social, formule una estrategia para aumentar las plazas en hogares y residencias protegidas que permita acoger a las personas autovalentes que están en condiciones de ingresar a dichos espacios. Por su parte, para aquellas personas que presenten daños severos, producidos por el deterioro orgánico e incrementado por el envejecimiento, se recomienda avanzar en la creación de otras modalidades de atención psiquiátrica residencial que les permita alcanzar niveles de vida adecuado y protección social conforme a lo dispuesto en el artículo 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (INDH 2017, p. 219).
 - e. Al Ministerio de Salud “evitar nuevos ingresos en las unidades y establecimientos psiquiátricos de larga estadía y evaluar otras formas de cuidado como los hogares protegidos, a fin de favorecer la inclusión social de las personas con discapacidad mental conforme a lo dispuesto en el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley 20.422, de manera que no se vulnere su derecho a vivir de forma independiente, y el de ser incluidos en la comunidad” (INDH 2017, p. 219).

BIBLIOGRAFÍA

Aguayo, I. (2019). *Salud mental en comunas pertenecientes al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente*. Asesoría Técnica Parlamentaria, Biblioteca del Congreso Nacional.

Aguilera, I., y Arenas, A. (2023). *Estimación del gasto en salud mental en Chile 2014 - 2021*. Boletín economía y salud, 17(1).

Ansoleaga, E., y Valenzuela, E. (2013). Salud mental y derechos humanos: La salud de segunda categoría. *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2013*. Ed. UDP. 187-222.

Aravena, J. M., Gajardo, J., y Saguez, R. (2018). Salud mental de hombres mayores en Chile: Una realidad por priorizar. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1-5.

Asamblea General de Naciones Unidas, *Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención a la salud mental*, Resolución 46/119, 17 diciembre 1991

Astaburuaga, P. (14 de junio de 2022). ¿Cuánto cobra tu psiquiatra?. *POUSTA* <https://pousta.com/consultas-psiquiabras-al-alza/>

Bravo, D., Errázuriz, A., Calfucoy, P. y Campos, D. (2024). *Termómetro de la Salud Mental en Chile*. ACHS-UC: Novena Ronda.

Castillo-Laborde C, Matute I, Aguilera X: [ed.]. (2022). *Ruta del Medicamento en Chile*. Santiago, Chile: CEPS, Fac. de Medicina. CAS-UDD.

Cea, J. C. (Editor). (2015). *Manual de derechos en salud mental*. <https://consalud-mental.org/centro-documentacion/manual-de-derechos-en-salud-mental/>

Cea, J. C. (2018). Estado neoliberal y gasto público en psicofármacos en el Chile contemporáneo. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 8(2), 39-52.

Cea, J. C. (2020). Gasto público en prestaciones hospitalarias y extrahospitalarias en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Saúde e Sociedade*, 29, e190893.

Cea, J. C. y Castillo, T. C. (2020). Electroshock o Terapia Electroconvulsiva (TEC) en Chile: Diagnóstico crítico, activismo social y enfoque de derechos. *Quaderns de Psicologia*, 22(2), Article 2.

Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENA-BAST) (2023). *Salcobrand se adhiere a la Ley Cenabast con 11 medicamentos de Salud Mental*. <https://www.cenabast.cl/salcobrand-se-adhiere-a-la-ley-cenabast-con-11-medicamentos-de-salud-mental/>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes*. 1990.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000.

Comité de los Derechos del Niño, *Observación general N° 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*, CRC/C/GC/15, 17 de abril de 2013.

Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales sobre los informes periódicos sexto y séptimo combinados de Chile*, CRC/C/CHL/CO/6-7, 22 de junio de 2022.

Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, *Observación general N° 2 sobre los derechos de los trabajadores migratorios en situación irregular y de sus familiares*. CMW/C/GC/2, 28 de agosto de 2013.

Comité para la Prevención de la Tortura (2021). *Resumen Ejecutivo del Informe Diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de salud mental*. Santiago de Chile.

Comité para la Prevención de la Tortura (2024). *Tercer Informe Anual*.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile*, CRPD/C/CHL/CO/1, 1 de julio de 2016.

Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013.

Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/HRC/35/21, 28 de marzo de 2017.

Consejo de Derechos Humanos, *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: El racismo y el derecho a la salud*, A/77/197, 20 de julio de 2022.

DIPRES (2020). *Evaluación Programa Residencias y Hogares Protegidos. Informe Final*. División de Control de Gestión Pública. Santiago, Chile.

Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A. y Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: Una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186.

Ferrari, D. (2017). *Salud mental en Chile: análisis y propuestas de política pública con enfoque en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales*. Memoria para optar al título de Ingeniero civil industrial, Departamento de Industrias. Repositorio Digital USM, Universidad Técnica Federico Santa María.

Gatica, M., Vicente B. y Rubí, P. (2020). Plan Nacional de Salud Mental. Reflexiones en torno a la implementación del modelo de psiquiatría comunitaria en Chile. *Revista médica de Chile* 148(4):500-505.

Gobierno de Chile. (7 de julio de 2022). *Dan inicio al trabajo de la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental y Derechos Humanos*. <https://www.gob.cl/noticias/inicia-su-trabajo-la-estrategia-nacional-de-salud-mental-y-derechos-humanos/>

Gobierno de Chile. (5 de septiembre de 2023). *Copago Cero: 1 millón de personas han sido beneficiadas a un año de su entrada en vigencia*. <https://www.gob.cl/noticias/millon-beneficiados-copago-cero-fonasa-monto-ahorrado-gratuidad-universal-salud-publica-tramos/>

González, A. (17 de octubre de 2021) Sólo 53 siquiátras atienden con bono Fonasa en todo Chile: una deuda con la salud mental. *Biobiochile* <https://www.biobiochile.cl/especial/bbcl-investiga/noticias/reportajes/2021/10/17/solo-53-siquiátras-atenden-con-bono-fonasa-en-todo-chile-una-deuda-con-la-salud-mental.shtml>

Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS) Universidad San Sebastián. (2022). *Análisis al presupuesto 2023 del Ministerio de Salud*.

Instituto de Políticas Públicas en Salud (IPSUSS) y Centro de Políticas Públicas de la Facultad de Economía y Gobierno de la Universidad San Sebastián. (2023). *Claves del presupuesto de Salud 2024*.

INDH. (2011). *Informe Anual 2011: Situación de los Derechos Humanos en Chile*.

INDH. (2012). *Informe Anual 2012: Situación de los Derechos Humanos en Chile*.

INDH. (2014). *Informe Anual 2014: Situación de los Derechos Humanos en Chile*.

INDH. (2016). *Informe Anual 2016. Situación de los Derechos Humanos en Chile*.

INDH. (2017). *Informe Anual 2017. Situación de los Derechos Humanos en Chile*.

Lamper, M. P. (2023). *Formación y Dotación de Médicos Especialistas en Chile*. Asesoría Técnica Parlamentaria, Biblioteca del Congreso Nacional.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2023). *Resultados de ingresos Casen 2022*. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados_Ingresos_Casen_2022__v20oct23.pdf

Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (2020). *Encuesta de Evaluación Rápida sobre el Impacto del COVID-19*.

Ministerio de Salud. (2014). *Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS*.

Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e información en Salud (DEIS). (2024). Recuperado el 26 de agosto de 2024 de <https://deis.minsal.cl/#estadisticas>

Ministerio de Salud, Departamento de Estadísticas e información en Salud (DEIS). (2024a). *Reportaría de Salud Mental*.

Ministerio de Salud. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>

Ministerio de Salud. (2017a). *Política de Salud de Migrantes Internacionales*.

Ministerio de Salud. (2018a). *Modelo de Gestión Centro de Salud Comunitaria*.

Ministerio de Salud. (2018b). *Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental*.

Ministerio de Salud. (2019). *Plan de acción de salud mental 2019-2025*.

Ministerio de Salud. (2022). *Estrategia Nacional de Salud 2022*.

Ministerio de Salud. (2024). *Plan Construyendo Salud Mental*.

Ministerio de Salud. (2024a). Buscador de establecimientos de salud. *Salud Responde*. <https://saludresponde.minsal.cl/buscador-de-establecimientos-de-salud/>

Ministerio de Salud. (2024b). *Portal Paciente*. <https://portalsalud.minsal.cl/>

Ministerio de Salud. (2024c). *Salud Responde*. <https://saludresponde.minsal.cl/>

Ministerio de Salud (2024d). *Visor Ciudadano Tiempos de espera*. <https://public.tableau.com/app/profile/tableau.minsal/viz/Visor-CNE-Mdica/VisorCasosenEspera-Tiempo>

Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2024). *Política Nacional de Migración y Extranjería*.

Minoletti, A., Sepúlveda, R., Gómez, M., Toro, O., Irrazabal, M., Díaz, R., Hernández, V. y Chacón, S. (2018). Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e131.

Observatorio de Salud Mental. (2024). *Resultados Estudio Salud Mental Junio 2024*.

OCDE (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>.

ONU. *Informe provisional del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. A/74/148, 12 de julio de 2019.

ONU Mujeres (2023). *Cuidados en Chile: Avanzando hacia un sistema integral de cuidados*.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013—2030*. Ginebra. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organización Mundial de la Salud y Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos. (2023). *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240080737>

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. Pan American Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275327715>

Peña, S. (1 de junio de 2023). Salud mental en Chile: 30 años de promesas presidenciales incumplidas. *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2023/06/01/salud-mental-30-anos-tres-planes-y-pocos-resultados/>

Radio Universidad de Chile. (2023). *Presupuesto 2024: Red Salud Mental es Salud denuncia ausencia de inversión en salud mental*. <https://radio.uchile.cl/2023/10/26/presupuesto-2024-red-salud-mental-es-salud-denuncia-ausencia-de-inversion-en-salud-mental/>

Riveros, M. y Alcalde, S. (2024, abril 3). Crisis en los ELEAM: Un llamado a repensar el cuidado del adulto mayor. *CIPER Chile*. <https://www.ciperchile.cl/2024/04/03/crisis-en-los-eleam-un-llamado-a-repensar-el-cuidado-del-adulto-mayor/>

Superintendencia de Salud. (2006). *Desde \$49.000 a \$512.000 ahorran pacientes AUGÉ en depresión*.

Superintendencia de Salud. (2018). *Análisis de los Planes de Salud del Sistema Isapre a enero de 2018*.

Superintendencia de Salud. (2021). *Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Perspectiva de Género*.

Superintendencia de Salud. (2021a). *Demanda de consultas por salud mental de niños/as y adolescentes Sistema Isapre: 2010-2019*.

Superintendencia de Salud (2023). *Balance de Gestión Integral*.

Superintendencia de Salud. (2023a). *Caracterización de las especialidades médicas en Chile en 2022*.

Superintendencia de Salud. (2023b). *Caracterización de Psicólogos (as) en Chile*.

Superintendencia de Salud. (2023c). *¿Cuáles son los Derechos más reclamados por las personas enmarcados en algunas dimensiones de la Calidad?*

Superintendencia de Salud (2023d). *Estadística Anual de Licencias Médicas y SIL del Sistema Isapre – año 2022*.

Superintendencia de Salud. (2023e). *Evaluación de la Ley 21.331 de Salud Mental en Chile. Cobertura Financiera y Licencias Médicas en Isapres Abiertas*.

Superintendencia de Salud. (2024). *Efecto del COVID-19 en Licencias Médicas de Salud Mental en el Sistema Público y Privado de Salud de Chile*.

Superintendencia de Seguridad Social. (2023a). *Adelanto de cifras de Informe de Seguridad y Salud en el Trabajo. 67% de diagnósticos de enfermedades profesionales en Chile corresponden a salud mental.*

Superintendencia de Seguridad Social (2023b). *Estadísticas de licencias médicas y subsidios de incapacidad laboral.*

Superintendencia de Seguridad Social (2023c). *Informe Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo.*

Superintendencia de Seguridad Social (2023d). *Subsecretaría de Salud Pública, SUSESO y COMPIN entregaron balance a 6 meses del plan de fiscalización de grandes emisoras de licencias médicas.*

Superintendencia de Seguridad Social. (2024). *Informe anual de emisores de Licencias Médicas Electrónicas 2023.*

Universidad de Chile. (2021). *Foros para el análisis de las implicancias de la Ley 21.331 "Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental. Julio – agosto de 2021.*

Valderrama, C. y Zolezzi, R. (2021). Intersectorialidad y reducción del estigma en salud mental: la necesidad de avanzar hacia una descolonización de la institucionalidad, desde una perspectiva intercultural. *Saúde e Sociedade*, 30 (4) 2021