

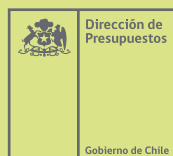
EVALUACIÓN SECTORIAL

PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN, TRANSPARENCIA Y PRODUCTIVIDAD FISCAL
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
MINISTERIO DE HACIENDA

DIVISIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES
SUBSECRETARÍA DE EVALUACIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA

Septiembre, 2025



EVALUACIÓN SECTORIAL PROGRAMAS DE SALUD MENTAL

Departamento de Evaluación, Transparencia y Productividad Fiscal.
Dirección de Presupuestos – DIPRES © 2025 DIPRES

Directora de Presupuestos: Javiera Martínez Fariña
Subsecretaria de Evaluación Social: Paula Poblete Maureira
Jefe de Departamento de Evaluación, Transparencia y Productividad Fiscal: Rodrigo Díaz Mery
Jefa de División de Políticas Sociales: Francisca Moreno Montealegre

Equipo a cargo de la publicación:

Por parte de Dirección de Presupuestos: César Muñoz Hernández, María Alejandra Pereira Aljaro, Claudia Chamorro Donoso, bajo la conducción de Daniela Ortega Fernández (jefa subrogante del Subdepartamento de Evaluación de Programas).

Por parte de Ministerio de Desarrollo Social y Familia: Francisca Espinosa Squella y Débora Pardo Galarce, bajo la coordinación de Camila Leiva Olivares (jefa del Departamento de Monitoreo de Programas Sociales). Claudia Gamboa Oyarzo y María Fernanda Silva, bajo la conducción de Cristian Labra Olivares (jefe del Departamento de Estudios).

La evaluación contó con un panel de evaluadores/as externos/as compuesto por: Olga Toro (Coordinadora), Cristóbal Cuadrado y Verónica Monreal.

Esta evaluación se desarrolló como parte de la Línea de Evaluación Sectorial, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Exento N°444, del 07 de diciembre de 2023, del Ministerio de Hacienda. Siempre que es posible se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista. No obstante, para no obstaculizar la lectura, en los casos que sea pertinente, se usa el masculino genérico, que la gramática española entiende que representa a hombres y mujeres en igual medida. Se autoriza su reproducción, siempre y cuando se haga referencia explícita a la fuente.

Para referenciar, emplear el siguiente formato:

DIPRES (2025). Evaluación Sectorial de Salud Mental. Informe Final. Departamento de Evaluación, Transparencia y Productividad Fiscal. Santiago, Chile.

Registro de Propiedad Intelectual: Pendiente

ISBN: Pendiente

Diseño y Diagramación: M. Martínez V



Contenido

Introducción a la Evaluación Sectorial.....	4
Objetivos de la Evaluación Sectorial	5
Resumen Ejecutivo	6
PARTE I.....	16
Identificación de Perspectiva Estratégica y de Oferta Programática en Salud Mental	16
Introducción.....	17
Metodología	17
Problema que da origen a la política	20
Actores e institucionalidad	24
Financiamiento de Salud Mental en Chile	35
Trayectoria de la política pública en salud mental	36
Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.....	43
Oferta Programática de Salud Mental.....	45
Análisis descriptivo de la oferta	55
Antecedentes e historial evaluativo	55
Conclusiones	67
PARTE II	68
Introducción	71
Objetivos.....	71
Antecedentes.....	72
Problema de política pública en salud mental.....	72
Implicancias de los nuevos conceptos sobre Salud Mental para la política pública	73
Experiencia Internacional	75
Hacia la configuración de una política de salud mental.	78
Metodología Parte II.....	79
Criterios de clasificación de la oferta programática identificada en la Parte I.....	79
Información cualitativa.....	81
Criterios para el análisis de la perspectiva estratégica de la política de salud mental...	82
Resultados de la evaluación de la Oferta Programática	82
Oferta Programática y centralidad para la evaluación de la política de Salud Mental ...	83
Población a la que se destina la Oferta de Programas pública	97
Enfoques, Estrategias y Ejecutores	111

Financiamiento y Gasto.....	117
Indicadores de Evaluación de Eficacia	128
Complementariedades y Duplicidades	130
Evaluación de la Política de Salud Mental a nivel estratégico	134
Conclusiones	140
Recomendaciones	142
A corto plazo:	142
De corto a mediano plazo:.....	143
De mediano a largo plazo:.....	144
Referencias	146
Anexos.....	153

Lista de Anexos:

Anexo 1. Descripción de Oferta Programática de Salud Mental

Anexo 2. Descripción de la metodología Parte II.

Anexo 3. Base de datos de la clasificación de la Oferta Programática según centralidad, tipo de atención, entorno de la actividad, ciclo de vida y tipo de problema de salud.

Anexo 4. Descripción de la OPR según edad, problema de la población y nivel de atención.

Anexo 5. Propuesta de análisis nominalizada para la oferta programática del Gobierno de Chile.

Introducción a la Evaluación Sectorial

El presente informe corresponde a la Evaluación Sectorial de Salud Mental en Chile en el período 2017-2023.

Durante el año 2020 la Dirección de Presupuestos (Dipres) lanzó la línea de Evaluación Sectorial, con el objetivo de abordar la necesidad de avanzar hacia un sistema de evaluación que vaya más allá del análisis de programas específicos. Esta línea presenta como desafío incorporar la evaluación de resultados a nivel de política pública, con el fin de proveer información que permita apoyar la toma de decisiones, incluidas aquellas que requiere el ciclo presupuestario. Para ello, se plantea la necesidad de analizar, holísticamente, el conjunto de componentes, programas y/o elementos que interactúan, con la finalidad de resolver un problema de carácter colectivo y de una valoración más integral de todo el ciclo de la acción gubernamental. Este análisis abarca desde los procesos decisionales de nivel superior (estratégico), hasta la implementación, el seguimiento y evaluación, mejora continua, y los efectos en la población (productos, resultados intermedios e impactos).

En este contexto, esta línea de evaluación ha sido diseñada para examinar áreas de política pública y no solo programas públicos individuales, por lo que analiza dos niveles: estratégico, que corresponde principalmente al ámbito de decisión de las preferencias políticas y de los ejes centrales de planificación y/o programación; y de gestión u operativo de dichas decisiones. Así, esta línea se diseñó para abordar la evaluación en áreas de política pública y no solo en programas específicos o individuales, con foco en la gestión de la operación programática, sus interacciones, posibles traslapes y la evaluación de desempeño individual y de conjunto, sin perjuicio de una revisión acotada, de la perspectiva estratégica de la política evaluada.

Metodológicamente, la presente evaluación se ha desarrollado en dos etapas. La primera etapa (Parte I) ha sido desarrollada colaborativamente entre la Dirección de Presupuestos (Dipres) y la Subsecretaría de Evaluación Social (SES) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), mediante profesionales de sus equipos internos, cuyo resultado ha sido retroalimentada por el Panel de Evaluadores Externos (Panel). Su foco corresponde a la identificación de la perspectiva estratégica y alcance de los programas de Salud Mental en Chile, identificando la Oferta Programática Relevante (OPR).

La segunda etapa (Parte II) ha sido desarrollada por un panel de consultores externo que se abocó a realizar una evaluación comprensiva de diseño de la OPR, e identificar la pertinencia de las estrategias utilizadas por los programas de Salud Mental analizados, los criterios de egresos y sus eventuales complementariedades y/o duplicidades. Asimismo, esta segunda etapa incluye la evaluación de desempeño de la OPR, considerando el análisis de cobertura, focalización y eficacia, además de la realización de entrevistas que complementaron el análisis de datos existentes. Los resultados de esta segunda parte corresponden a la parte II de esta Evaluación.

Objetivos de la Evaluación Sectorial

Esta Evaluación Sectorial propone los siguientes objetivos general y específicos:

Objetivo General:

Evaluar integralmente la Política de Salud Mental en Chile en el período 2017-2023.

Objetivos Específicos

1. Identificar la perspectiva estratégica y alcance del área de política pública a evaluar.
2. Identificar la oferta programática que implementa la política pública y sus relaciones e interacciones.
3. Evaluar comprensivamente el diseño de la oferta programática, identificando duplicidades y/o complementariedades.
4. Evaluar a nivel estratégico la política pública de salud mental.
5. Evaluar a nivel operativo la oferta programática de salud mental.

Resumen Ejecutivo

Evaluación Sectorial de la Política de Salud Mental 2017-2023

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2020 la Dirección de Presupuestos (DIPRES) lanzó la línea de Evaluación Sectorial, con el objetivo de abordar la necesidad de avanzar hacia un sistema de evaluación que no solo incluya revisión a programas específicos. Dicha línea presenta como desafío incorporar la evaluación de resultados a nivel de política pública, con el fin de proveer información que permita apoyar la toma de decisiones, incluidas aquellas que requiere el ciclo presupuestario.

Este presente documento resume el resultado de la **Evaluación Sectorial de Salud Mental**, cuyo **objetivo principal es** evaluar integralmente la Política de Salud Mental en Chile en el período 2017-2023.

El informe completo se organiza en dos partes. La primera fue desarrollada colaborativamente entre la Dirección de Presupuestos (Dipres) y la Subsecretaría de Evaluación Social (SES) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSyF), cuyo resultado es la Parte I de la evaluación. Su foco corresponde a la identificación la perspectiva estratégica y alcance del área de política pública a evaluar; y a la identificación de la oferta programática que implementa la política pública de Salud Mental en Chile y sus relaciones e interacciones. La segunda parte, que corresponde a Parte II, considera la evaluación comprensiva de diseño de la oferta programática de Salud Mental y sus eventuales complementariedades y/o duplicidades, así como la evaluación de desempeño a nivel estratégico y operativo de la oferta programática, considerando el análisis de cobertura, focalización y eficacia.

PROBLEMA QUE DA ORIGEN A LA POLÍTICA

Los problemas de salud mental deben ser considerados una prioridad de la política pública en Chile, dada la magnitud de la carga de enfermedad que representa (IHME, 2022), la alta prevalencia de algunos trastornos mentales (Minsal, 2018), las consecuencias sociales y económicas para la sociedad, y la prioridad que actualmente otorgan las personas a la salud mental a través de diversas encuestas de opinión (Ipsos, 2024).

La actual comprensión, conocimiento y conceptos sobre salud mental, trastorno mental y discapacidad psicosocial (OMS, 2022; Naciones Unidas, 2006), requieren que las políticas públicas reconozcan que estas condiciones son afectadas por factores sociales, económicos, políticos y culturales. La vulnerabilidad de estos factores representa un riesgo para desarrollar problemas de salud mental, al mismo tiempo que son barreras para el logro de la recuperación.

La respuesta a los problemas de salud mental de la población en el mundo transitó desde modelos asilares hacia modelos de integración en el sistema de salud general y de base en la comunidad, denominados procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OPS, 2020). A nivel internacional, es posible reconocer experiencias interesantes para Chile en Brasil, Perú, México, Canadá, Gran Bretaña y España, que avanzan en la implementación de políticas a favor de la salud mental integral y la desinstitucionalización.

El “Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basa en seis principios transversales: cobertura sanitaria universal; derechos humanos; políticas basadas en evidencia científica; enfoque del curso de la vida; enfoque multisectorial; emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. Para el primer objetivo, el plan de acción propone implementar acciones orientadas a formular o actualizar y aplicar políticas nacionales relacionadas con la salud mental en todos los sectores pertinentes supervisando la protección de los derechos humanos (OMS, 2022). La perspectiva multisectorial ha

propiciado el fortalecimiento de la articulación entre OMS y otros organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas, como la UNICEF (OMS & UNICEF, 2024) y la OIT (ILO & WHO, 2022).

La política de salud mental en Chile está representada a través del “Plan Nacional de Salud Mental 2017-2023”. Además de ese instrumento, se tuvo en consideración para la evaluación de la política, el Programa Saludablemente (2020-2021), el Plan de Acción de Salud Mental (2019-2025), la Ley 21.331 (2021), y el Programa Construyendo Salud Mental (2022-2026).

METODOLOGÍA

En la primera parte se exploraron diferentes fuentes de información relacionadas (programas de los gobiernos, discursos presidenciales y cuentas públicas; documentos oficiales de los Ministerios y/o Servicios involucrados, tales como Balances de Gestión Integral; Propuestas de Política, Definiciones Estratégicas institucionales; norma jurídica relacionada con la temáticas, tales como convenios, tratados, leyes, decretos, reglamentos e historial de leyes; leyes de presupuestos; páginas web institucionales. También en esta etapa se procedió a revisar la totalidad de la oferta de programas sociales vigentes en el año 2023 en base a criterios que permitieran determinar su grado de vinculación con las temáticas de salud mental. Se obtuvo un conjunto de programas identificados para iniciar el análisis de la segunda etapa.

En la segunda etapa, el Panel utilizó una metodología mixta que incluyó el análisis de programas públicos en base a la información levantada por el sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (Dipres y SES); el análisis de datos disponibles sobre bienes y servicios públicos relativos a salud mental, principalmente, de los sectores de salud y trabajo; y entrevistas grupales a referentes técnicos de diez subsecretarías y servicios responsables de la oferta pública identificada y al Consejo Asesor de Salud Mental del Minsal.

Los programas públicos analizados se clasificaron considerando el tipo de atención en prevención primaria, prevención secundaria, tratamiento y rehabilitación, así como el ciclo de vida de la población a la que se destina (NNA; adultos; adultos mayores; y para todas las edades). También se consideró la naturaleza de los beneficios que otorgan los programas (de atención y acompañamiento ambulatorios de diversos niveles de intensidad; de apoyo a la inclusión y calidad de vida; y de atención de urgencia y hospitalización o internación); lugar de entrega de los beneficios (instalaciones de salud o en entornos no sanitarios); y de acuerdo con el tipo de problema de salud mental que aluden atender (riesgo psicosocial, drogas y alcohol, violencia intrafamiliar, etc.).

En base a lo anterior, el panel concluyó en 38 programas priorizados por su centralidad para la política de salud mental, la Oferta Programática Relevante (OPR), los que fueron analizados en detalle respecto de su diseño y su desempeño. Posteriormente, el Panel realizó un análisis y evaluación de la perspectiva estratégica de política de salud mental a la luz de la oferta programática que la implementa.

IDENTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA EN SALUD MENTAL

La evaluación realizada releva los problemas de salud mental como una prioridad de la política pública en Chile, dada la magnitud de la carga de enfermedad que representa, la alta prevalencia de algunos trastornos mentales aún presente, las consecuencias sociales y económicas para la sociedad, y la prioridad que actualmente otorgan las personas a la salud mental a través de diversas encuestas de opinión. A esto se agregan los distintos factores sociales, económicos, políticos y culturales que influye significativamente en el bienestar psicológico y emocional de las personas. Esta definición refuerza la necesidad de aplicar políticas integrales que aborden estos determinantes sociales como parte de sus estrategias.

Según datos de la OMS (2022), una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental, y los problemas de salud mental y neurológicos son responsables, a lo menos, del 12% de la carga de enfermedad. En Chile, los datos muestran que un 20% del total de carga de enfermedad que se presenta en la población se debe a las condiciones neuropsiquiátricas, y que el trastorno depresivo o depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población, siendo el trastorno depresivo el más frecuente y de mayor prevalencia en la población (6,2% de la población). Son también prioridades a abordar el suicidio, como la segunda causa de muerte no natural después de los accidentes de tránsito, así como algunos trastornos neurológicos como la demencia (Alzheimer particularmente), presente en 1,06% de la población.

A lo anterior se suma el impacto negativo de la pandemia de Covid-19 sobre la salud mental. Se estima que a nivel mundial provocó un aumento de 32% en la prevalencia de trastornos de ansiedad y un 27% en los trastornos depresivos mayores. En Chile se afectó la capacidad de atención en el sistema de atención público de salud mental, mientras que, en el ámbito privado, se redujo el acceso a atenciones con protección financiera GES y aumento en las consultas ambulatorias psiquiátricas y psicológicas mediante telemedicina. Este cambio tuvo un impacto aún no dimensionado en el gasto de bolsillo de las personas usuarias.

IDENTIFICACION DE LA OFERTA PROGRAMATICA

Para construir la oferta programática que implementa la política pública en salud mental, se identificaron 99 programas públicos pertenecientes al universo de programas del proceso de monitoreo de programas sociales y no sociales Dipres/SES 2023, que entregan bienes y servicios asociados a salud mental, a la que se agregaron 5 programas dependientes Senda, que forman parte de las estrategias de reducción de la demanda de drogas, obteniéndose una oferta total de **104 programas**. Se considera un logro positivo que exista una oferta programática pública diversa anidada en diferentes ministerios, interesada en responder a las necesidades de bienestar emocional y salud mental de la población, incluso en aquellos programas cuyo origen es el abordaje de otro problema social, pero que se enfrentan a esta necesidad en la atención de la población objetivo o beneficiaria. Esta oferta está asumiendo la importancia del abordaje intersectorial dada la multidimensionalidad de los problemas de salud mental.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA OFERTA PROGRAMÁTICA

De los 104 programas sociales catastrados orientados a salud mental, el 40% de ellos están a cargo del MDSyF y solo un 16% responde al Minsal, si bien éste último entrega bienes y servicios no incorporados en el sistema de monitoreo de programas pero que sí forman parte de la oferta pública para los problemas de salud mental.

El 51% de los 104 programas se destina a NNA, un 36% a adultos y un 11% a personas mayores. Un 14% de ellos consideran algún componente para toda edad¹. Un 46% otorgan atención o acompañamiento ambulatorio, un 54% apoyo a la inclusión y calidad de vida, y un 5% incluye internamiento, en particular modalidad residencial de rehabilitación del consumo de drogas. Un 84,6% se ejecuta en entornos no sanitarios.

Un 44,2% de los programas realiza prevención primaria selectiva sobre problemas de salud mental; un 19,2% prevención primaria universal, un 9,6% prevención primaria indicada, un 7,7% prevención

¹ El número total y los porcentajes de distribución de los grupos de edad de la población no son sumativos para el total de programas, pues existen 11 programas con más de una población identificada en sus estrategias.

secundaria, un 13,5% destina esfuerzos para el tratamiento de trastornos mentales y un 5,8% para la rehabilitación de capacidades psicosociales.

Sobre esta última clasificación, y considerando la centralidad de la prevención primaria indicada, la prevención secundaria, el tratamiento de trastornos mentales y la rehabilitación psicosocial, específicamente para los problemas de salud mental, el Panel definió 38 programas como OPR. Sobre este grupo se realiza el análisis en detalle en los siguientes apartados.

2. Población a la que destina la oferta pública

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 prioriza a las personas con trastorno mental y discapacidad psicosocial, incorporando condiciones de vulnerabilidad social. El programa Saludablemente 2020-2021 lo mantiene enfatizando en las consecuencias negativas del contexto pandemia Covid-19 para la salud mental. La Ley 21.331 de 2021 está dedicada a los derechos de las personas con trastorno mental y discapacidad psicosocial. El programa Construyendo Salud Mental 2022-2026 reitera lo señalado en el plan nacional, y explícita en niños, niñas y adolescentes con trastorno mental y en especial bajo protección del Estado, en personas del espectro autista, en personas en riesgo suicida, y en personas con demencia.

Para los 38 programas relevados por el Panel, en el período 2020-2023, se observa un incremento de la población objetivo de un 38,3% en promedio anual, incrementando de 4,5 a casi 9,7 millones de personas. En tanto, la población beneficiaria se incrementa en un 13% promedio anual, aumentando desde 1,9 a 2,6 millones de personas en el período analizado. La cobertura de población beneficiada en relación con la población objetivo alcanzó un 27% en 2023, donde la cobertura de tratamiento de 13,5% es muy baja considerando que la recuperación del trastorno mental es un foco central en los instrumentos de la política de salud mental. En un ejercicio proxy del Panel utilizando la población bajo control reportada por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Minsal, que agrega población atendida en el sistema de salud bajo ciertos supuestos para evitar solapamientos, se estimó una cobertura de 39,5% de las personas que requerirían tratamiento por un trastorno mental. En opinión del Panel, estas cifras sugieren que existe una brecha significativa entre la demanda potencial sobre trastorno mental y la oferta programática disponible por parte del Estado.

Respecto de la población beneficiaria un 50,9% se identifica en programas de prevención primaria indicada, seguido por un 23,4% de prevención secundaria. Sólo un 13,5% se orienta a tratamiento y un 10,3% a rehabilitación. La población beneficiaria se orienta en un 42,8% para NNA y un 37,4% para adultos. Apenas un 0,4% de la población beneficiaria corresponde a personas mayores, reflejando la escasa oferta programática especializada en la salud mental de este grupo de la población. Según el tipo de problema, el 69% de la población beneficiaria se encuentra en los programas orientados al manejo de riesgos psicosociales, seguido por un 19,8% al manejo de los trastornos mentales en general y un 7,3% a la violencia intrafamiliar. La población beneficiada por problemas de drogas y alcohol, discapacidad psicosocial severa y demencia son cada uno menores al 2% de toda la población beneficiada por la OPR para la política de salud mental.

Los programas aplican de manera pertinente criterios de focalización, ya sea por condición institucional o legal, pertenencia al seguro público (Fonasa), planificación de cupos, territorialidad o vulnerabilidad. Lo anterior hace concluir que los programas definen adecuadamente sus poblaciones objetivo, esto es, la población a la que esperan llegar. Respecto a los criterios de selección de los beneficiarios, muy pocos programas los declaran, por lo que no es posible concluir si son o no adecuados para la priorización de la población. Así mismo, el Panel considera suficiente la información disponible para concluir que existen brechas significativas de la oferta de servicios en el ámbito de la salud mental, particularmente en las dimensiones de tratamiento y rehabilitación.

3. Enfoques, Estrategias y Ejecutores

Los enfoques de derechos humanos, de determinantes sociales, de género, de inclusión social y de centrado en la persona, son pilares en los instrumentos de la política de salud mental. La principal estrategia es la implementación del modelo comunitario de atención de salud mental y la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica. Se espera que los ejecutores de las acciones priorizadas radiquen en los centros de atención primaria de salud y en los diversos niveles de atención del sistema de salud general. También se releva la articulación intersectorial, en particular para las acciones que se espera que sean desarrolladas en los entornos educativos formales, laborales, de protección social y del sistema judicial.

Al analizar el porcentaje de programas que declara los enfoques específicamente a nivel de estrategia, destaca la presencia en el 86,8% de ellos del enfoque de derechos humanos (DDHH), seguido por un 76,3% específicamente en DDHH en género y 50% en DDHH en Niños, niñas y adolescentes. El enfoque menos declarado es el de dependencia con un 5,3%, lo que denota que los derechos de las personas en torno a la desinstitucionalización psiquiátrica deben ser revisado. En cuanto a los enfoques en las entrevistas se detecta un especial interés por relevar la territorialidad lo que consecuentemente aparece con un 42,1% de programas que declaran adscribir a él.

Cualitativamente, a partir de las entrevistas, se aprecia al modelo comunitario como una propuesta con desafíos de implementación, con cierto grado de disociación entre lo que plantea el modelo y la tendencia de las prácticas asistenciales, dificultando una visión integrada de las estrategias. La implementación del enfoque de derechos humanos, tal como se expresa en la CDPD², y la estrategia del modelo comunitario de salud mental en el intersector, se identifican como desafíos de la OPR. De los 38 programas que constituyen la OPR, el 60,5% declara ejecutar sus acciones a través de un tercero. El 47% de la población beneficiada recibiría la oferta en entornos no sanitarios, lo que es positivo para lograr intervenir en los problemas de salud mental de las personas allí donde ellas desarrollan su vida.

4. Financiamiento y Gasto

El *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* plantea como meta aumentar a un 6% del presupuesto de salud destinado a la operación de la red de salud mental, es decir, se circunscribe al presupuesto del sector salud. Señala que esto se producirá al aumentarlo en un 0,65% anual a partir del año 2019.

La OPR de Salud Mental ha expandido su gasto desde aproximadamente MM\$187 a MM\$370, lo que refleja un crecimiento del gasto promedio del período de un 13,3% en términos reales³. Esta expansión del gasto no ha sido constante, con períodos especiales de gran expansión entre los años 2017 y 2019 y luego entre 2022 y 2023. Entre los años 2019 y 2022 se observa una reducción del gasto público en la oferta de salud mental, la más marcada en el 2020 y el 2022 (con respecto al año previo) de un -4,2% en contexto de pandemia. En términos globales, se observa un alto grado de ejecución (105% como promedio para el período analizado 2017-2022), con años excepcionales de subejecución (96% en 2017) y sobreejecución (134% en 2022), por lo que se considera una ejecución eficiente. En términos globales, el gasto por beneficiario de toda la oferta programática relevante de salud mental para el año 2023 asciende a \$141.596 anuales, con un rango amplio entre programas. Los gastos administrativos representan un 3,4% del gasto total para el año 2023. El gasto por beneficiario de los programas de salud mental en la atención primaria, donde se espera pueda estar disponible la principal oferta integral para la población, es significativamente más baja, de solo

² CDPD, Convención internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad.

³ Valor moneda nacional a 2024.

\$32.752 anuales, los cuales a juicio del Panel difícilmente representan el costo real de una canasta integral de beneficios de salud mental a nivel comunitario.

En base a la información disponible, no es posible para el Panel evaluar en qué grado el financiamiento y el gasto de la OPR de Salud Mental esté alineada con la meta planteada por el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 de aumentar el presupuesto de salud mental a un 6% de salud. Las limitaciones sobre las fuentes de información expresadas previamente, particularmente relativas a la provisión de servicios de salud no incluidos en la OPR de Salud Mental disponible para ser analizada, impactan significativamente en la certeza de los hallazgos para la deliberación del Panel.

5. Indicadores de Evaluación de Eficacia

El *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* incorpora una línea de sistemas de información de salud mental que apunte a la toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de atención y mejore la calidad de los servicios. Los 38 programas de la OPR formulan al menos dos indicadores a este nivel, la mayoría corresponde a indicadores de eficacia con enunciado y fórmula de cálculo dirigidos a evaluar aspectos específicos del programa. La variabilidad en el diseño de los indicadores es amplia, puesto que se asocian al nivel de atención donde se ubica el programa. Los indicadores de eficacia no están diseñados para evaluar agregadamente una política. El panel consideró inviable realizar una evaluación de la política en base a un análisis agregado de la eficacia de cada programa en este estudio.

6. Complementariedades y Duplicidades

De los 38 programas de la OPR, 31 (81,6%) declaran complementariedades con diversas instancias programáticas tanto intra como intersector. Las instancias con las que preferentemente se complementan son: programas del mismo servicio, subsecretaría o sector en el que se ubican; y eventualmente también se mencionan programas de otros sectores. La complementariedad con el sector salud, desde los otros sectores está determinada por la necesidad de derivación a atención especializada en salud mental frente a personas atendidas que presentan problemas. Algunos programas son ejecutados por el sistema de atención en salud aun cuando no son dependientes del Ministerio de Salud.

Si bien la estrategia de intersectorialidad es valorada puesto que permite la complementariedad, los roles que se esperan cumplan los diferentes actores que son parte de la coordinación intersectorial no quedan claros. Es así como se demanda al sector salud mayor atención de especialidad, en tanto el mismo sector salud resulta desbordado por tal demanda sin lograr resolver como el intersector espera. A su vez, desde la política de salud mental, el sector salud espera del intersector que se haga cargo de las condiciones sociales de la salud mental, cuando en la práctica se ven sobrepasados por la complejidad de los casos que atienden. La situación de la salud mental en infancia y adolescencia es un tema muy sensible que aparece en las entrevistas, donde se connota la necesidad de intersectorialidad para la complementariedad.

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL A NIVEL ESTRATÉGICO.

Inexistencia de una política nacional de salud mental de naturaleza intersectorial: revisada la política sectorial de salud mental a nivel estratégico, representada por el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2023, el Programa Saludablemente (2020-2021), el Plan de Acción de Salud Mental (2019-2025), la Ley 21.331 (2021), y el Programa Construyendo Salud Mental (2022-2026), destaca avances en el desarrollo de diversa oferta de programas en población con problemas de salud mental y mayor vulnerabilidad social. Sin embargo, algunos programas de la oferta reconocen a otros marcos normativos como la razón de su origen. La naturaleza intersectorial de los problemas de

salud mental denota que una política nacional de salud mental requiere trascender la posición sectorial que otorgue condiciones estructurales para una mejor coordinación de la oferta programática, aun cuando el sector salud tenga una relevancia central en las definiciones.

La oferta programática como respuesta a un problema público en salud mental tienen brechas de cobertura significativas: Existe sintonía entre la descripción del problema público que buscan abordar los instrumentos de política de salud mental, y la oferta pública analizada, tanto en sus tipos de poblaciones y los problemas específicos de salud mental o sus riesgos psicosociales. En términos generales los programas aplican de manera pertinente criterios de focalización. En tanto los criterios de priorización requieren ser mejorados en el registro del sistema de monitoreo, para lograr concluir si son adecuados. En términos del desempeño se observa una cobertura de la OPR a la baja, con una población objetivo creciendo más rápido que la capacidad de oferta. A nivel de diseño de la política pública, esto debe ser revisado, en tanto avanzar en la incorporación de nuevas poblaciones sin haber logrado asegurar un acceso efectivo a las poblaciones objetivos ya definidas atenta contra la sostenibilidad, legitimidad y la eficacia de la política pública. Así mismo, el Panel considera suficiente la información disponible para concluir que existen brechas significativas de la oferta de servicios en el ámbito de la salud mental, particularmente en las dimensiones de tratamiento y rehabilitación.

Enfoques y estrategias de la política para el desarrollo de la oferta programática pública con desafíos en la ejecución: El Panel observa que el diseño de la oferta programática ha logrado incorporar varios elementos centrales de los instrumentos de la política de salud mental, como son el enfoque de derechos humanos y que la acción gubernamental sobre los problemas de salud mental debe reflejarse en que los ejecutores pueden encontrarse en los diversos sectores de la vida de las personas, como educación, trabajo, vivienda, justicia, entre otros. Los programas cuentan con diversidad de estrategias para diversidad de problemas y poblaciones. A pesar de lo anterior, los programas señalan que la propuesta general de atención comunitaria en salud mental es insuficiente para muchas necesidades de la población que requieren asistencia especializada de salud mental. Lo paradójico de la situación es que en tanto se requiere atención especializada, prevalece el enfoque biomédico en los ejecutores por sobre uno más integral que se esperaría del modelo comunitario. Se constata tensión en las perspectivas estratégicas de implementación de las acciones en salud mental, lo que argumenta la percepción de complejidad de la aplicación del modelo comunitario, en que prevalece el desafío de alinear e integrar políticas de salud y de bienestar social.

Brechas en la disponibilidad de recurso humano para la ejecución de los bienes y servicios que requiere la implementación de la política: Una preocupación importante de la política y sus estrategias para implementar programas se refiere a la meta de cerrar brechas de dotación del recurso humano y las competencias requeridas para trabajar bajo el enfoque de derechos humanos y las estrategias derivadas del modelo de salud mental comunitaria. Esto es consistente con lo declarado en las entrevistas, en las que se observa una competencia entre los programas por contar con ciertos profesionales especializados, por ejemplo, de psiquiatra infantil. A partir del sistema de monitoreo no es posible evaluar cuantitativamente si existe un cierre de brechas en dotación y competencias a lo largo del tiempo, siendo un aspecto que puede ser incorporado. A juicio del panel, las brechas de cobertura observadas podrían ser explicadas por la falta de planificación estratégica en el componente de recursos humanos.

Disponibilidad y uso de medicamentos y tecnología para la atención de salud mental: Uno de los aspectos positivos del desarrollo de la oferta programática pública para la salud mental es la incorporación de las tecnologías de comunicación que permiten ampliar el acceso a la población que lo requiere. En ocho de los 104 programas la estrategia principal está mediada por una tecnología telefónica o de página web institucional. En el caso de la OPR destacan Hospital Digital y Salud

Responde, ambos del Minsal, los que en el contexto de la pandemia Covid-19 habilitaron protocolos de atención específicos y prioritarios de salud mental para toda la población. En el caso de los trastornos mentales y la discapacidad psicosocial una de las acciones propias del sector salud es la prescripción de tratamientos mediante uso de fármacos. La disponibilidad de psicofármacos esenciales en el sistema de salud aparece adecuadamente cubierta.

El financiamiento de la oferta de bienes y servicios en salud mental: En base a la información disponible, no fue posible para el Panel evaluar en qué grado el presupuesto y el gasto de la OPR de Salud Mental esté alineada con la meta planteada por el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 de aumentar el presupuesto de salud mental a un 6% de salud. Tampoco es posible evaluar si el sistema de financiamiento tributa al propósito de los instrumentos de política de salud mental, en cuanto no es posible identificar cumplimiento de objetivos declarados en ellos como son las transformaciones para avanzar en eficiencia asignativa, en los mecanismos de pago a los proveedores de atención de salud, o la creación de cuenta satélite en salud mental, entre otros aspectos. Respecto de la OPR la capacidad de ejecución presupuestaria de la oferta es alta en general demostrado por rangos eficientes de ejecución presupuestaria para la OPR en su conjunto y por cada uno de los Servicios de manera particular.

El sistema de información para evaluar la oferta programática que tributa a la política: Se requiere un sistema de monitoreo de programas adecuado al propósito de evaluación de políticas, superando la lógica de monitoreo por programa. A juicio del panel la información nominalizada permitiría realizar análisis más efectivos para evaluar una política a partir de la oferta programática que la implementa. El Panel recomienda realizar esfuerzos específicos con el sector salud para asegurar una armonización y adecuada disponibilidad de datos que permitan evaluar de manera coherente la oferta del Estado en el ámbito de la Salud Mental.

Gobernanza de la oferta programática en la implementación de la política: La gobernanza de la oferta programática implica proteger el interés público, y en este sentido hay tres dimensiones que el Panel profundiza en el caso de la implementación de los instrumentos de la política de salud mental del sector salud: la organización funcional gubernamental para la implementación de la oferta programática; los marcos legales y regulatorios; y los mecanismos de participación social. Estos tres aspectos son abordados como centrales en los instrumentos de la política de salud mental evaluados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Construir una política nacional de salud mental de naturaleza intersectorial y con enfoque de derechos humanos: Avanzar en las condiciones técnico-políticas entre los diferentes servicios del aparato gubernamental involucrados, para concordar la formulación de una política nacional de salud mental a partir de la acción vigente de la oferta programática pública. Apoyar el principio intersectorial del Proyecto de Ley Integral de Salud Mental en etapa de discusión parlamentaria. Recoger las orientaciones metodológicas emanadas desde la OMS sobre Políticas, Planes y Programas de Salud Mental. Hacer seguimiento de experiencias internacionales sobre política intersectorial para salud mental identificando evidencia que pueda ser útil en el contexto nacional.

Fortalecer la gobernanza para la intersectorialidad: Fortalecer la capacidad institucional de los sectores desde donde dependen los programas para mejorar la coordinación intersectorial garantizando la articulación, en particular con el sector salud. Los programas pueden incorporar acciones de capacitación en competencias técnicas de los equipos ejecutores sobre prácticas intersectoriales y enfoque de derechos humanos en salud mental.

Promover la participación comunitaria: Involucrar a las poblaciones objetivo y beneficiarias en el diseño, implementación y evaluación de los programas. Incorporar la evaluación de los mecanismos de participación social en el monitoreo de programas.

Ampliar la cobertura: Avanzar en el cierre de brechas de cobertura efectiva de la población que se define como objetivo para los programas y que se representa en la población beneficiaria, en particular para el acceso a tratamiento de trastornos mentales por parte del sistema de salud.

Asegurar un sistema de financiamiento adecuado: Avanzar en el diseño de un sistema de financiamiento de la atención de los trastornos mentales del sector salud, coherente con los valores, principios, propósito y modelos definidos por la política para salud mental. Incrementar y optimizar los recursos asignados a programas prioritarios.

Fortalecer los sistemas de evaluación: Incorporación de un sistema de información nominalizado para el monitoreo y evaluación de la oferta programática destinada a salud mental. Realizar esfuerzos específicos con el sector salud para asegurar una armonización y adecuada disponibilidad de datos en el sistema de monitoreo que permitan evaluar de manera coherente la oferta del Estado en el ámbito de la Salud Mental. Diseñar e implementar indicadores más robustos para medir la eficacia de la política, más allá de los indicadores heterogéneos de cada programa.

En conclusión, la Política de Salud Mental 2017-2023 generada en el sector salud ha logrado avances significativos, pero requiere ajustes para consolidar sus logros, cerrar brechas y garantizar su sostenibilidad en el tiempo. Reforzar la implementación intersectorial, mejorar la disponibilidad presupuestaria, mejorar los sistemas de datos e información para un monitoreo a nivel de política y fortalecer las capacidades de gobernanza, son esenciales. Un avance sustancial será formular una política nacional de salud mental de naturaleza intersectorial como marco de desarrollo de la oferta programática pública y de los propios planes nacionales de salud mental del sector salud.

PARTE I.

Identificación de Perspectiva Estratégica y de Oferta Programática en Salud Mental

Introducción

La Parte I de la presente evaluación busca dar respuesta a los dos primeros objetivos específicos de la presente evaluación sectorial de Salud Mental:

1. Identificar la perspectiva estratégica y el alcance del área de política pública a evaluar.
2. Identificar la oferta programática que implementa la política pública y sus relaciones e interacciones.

Metodología

Para abordar el objetivo específico 1, se consultaron diferentes fuentes de información relacionadas directa o indirectamente con la temática. Entre ellas se incluyen documentos que describen programas de gobierno, discursos presidenciales y cuentas públicas; documentos oficiales de los Ministerios y/o Servicios involucrados; documentos con propuestas de política, definiciones u orientaciones estratégicas institucionales; normas jurídicas como convenios, tratados, leyes, decretos, reglamentos e historial legislativo; leyes de presupuestos; páginas web institucionales; así como bibliografía referida a salud mental y en el análisis de las políticas en Chile; entre otras. La documentación revisada abarca el período definido para la evaluación, aunque también se consideraron documentos cuyo alcance excede dicho marco temporal, cuando fueron pertinentes para contextualizar o profundizar el análisis.

Para dar cuenta del objetivo específico 2, respecto de la oferta programática relacionada con la política de salud mental, se revisó la totalidad de la oferta de programas sociales vigentes en el año 2023. A partir de un conjunto de criterios se determinó el grado de vinculación de cada programa con la temática de salud mental. Una descripción más detallada de este procedimiento se presenta más adelante en el informe.

El análisis de esta información se llevó a cabo utilizando como marco de referencia el modelo basado en las claves del análisis de políticas públicas propuesto por Subirats et.al (2008) que considera los actores, los recursos, el contenido y las reglas de las políticas públicas):

- Los **actores**, que abarcan tanto a individuos como a distintos colectivos que actúan con homogeneidad interna. Incluyen también a personas jurídicas y a grupos sociales, tanto públicos⁴ como privados⁵, que en su conjunto constituyen una red compleja de interacciones.
- Los **recursos**, que comprenden a un conjunto de elementos que permiten o condicionan la acción pública, tales como derechos (bases legales y reglamentarias), recursos económicos y personales, información, organización, infraestructura pública, tiempo disponible, grados de consenso, entre otros.
- El **contenido** de la política, que refiere a la respuesta a un problema público específico, que puede ir evolucionando en el tiempo y actualizarse en función de los cambios en la

⁴ Parte del sistema político, entendido como instituciones gubernamentales, administrativas y judiciales que disponen de la capacidad, aparentemente legitimada por el orden jurídico, de estructurar cualquier sector de la sociedad, a través de decisiones dotadas de autoridad. Incluye instituciones paraestatales: entes públicos, creados por ley con autonomía y libertad, organizaciones de economía mixta, organizaciones privadas (cajas de ahorro empresas de servicio) y organizaciones sociales (fundaciones, ONG) (Subirats et al., 2008).

⁵ Participan en la constitución y estructuración del espacio de una política pública, sin que ello implique control gubernamental directo sobre su proceder. Incluye grupo objetivo (su conducta es considerada causa directa del problema), beneficiarios finales (a quienes el problema les afecta directamente) y terceros (que representan intereses) (Subirats et al., 2008).

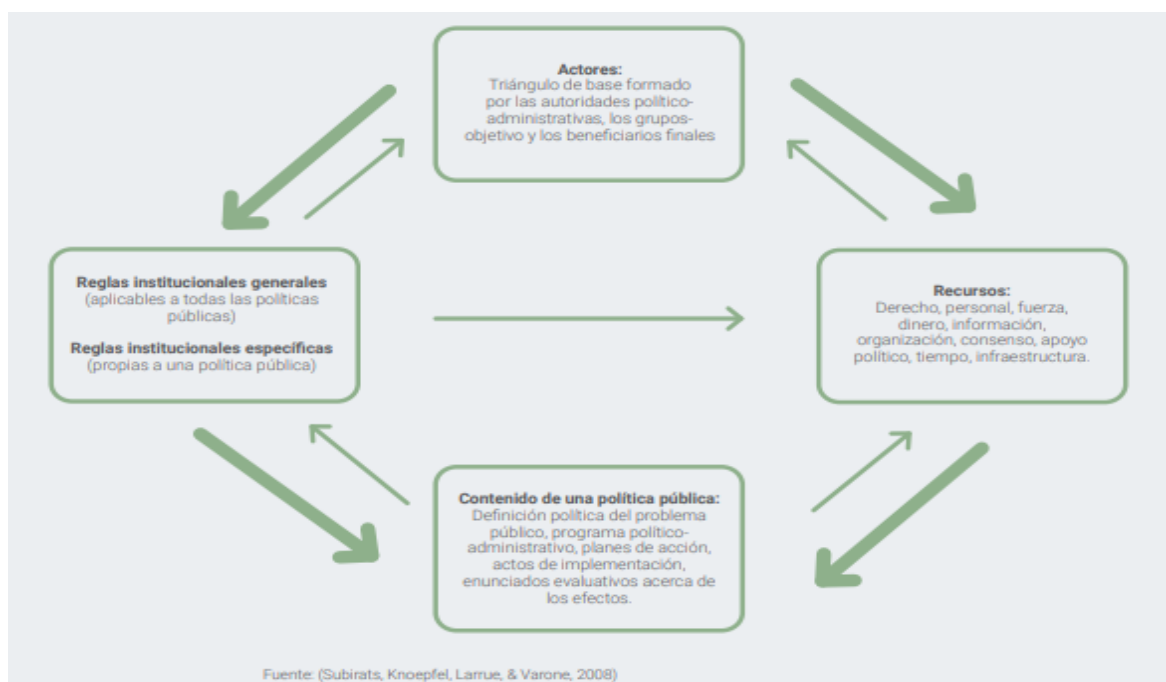
naturaleza del problema. Entre sus elementos constitutivos se encuentran la identificación de soluciones al problema, la definición de los grupos objetivo relacionados con su origen, la toma de decisiones y actividades asociadas, así como el diseño e implementación de un programa de intervenciones, entre otros.

- Las **reglas**, que corresponden a las estructuras formales, explícitas y generalmente formalizadas jurídicamente, y a normas informales que pueden ser estables o informales. Estas reglas establecen estructuras y procedimientos que forman parte del statu quo y que, a su vez, también moldean comportamientos estratégicos, en relación con las normas sociales.

La

Figura N°1 muestra cómo interactúan entre sí estos elementos clave:

Figura N°1. Las claves del análisis de políticas públicas



El modelo identifica un proceso de generación y evolución de la política pública compuesto por cuatro etapas sucesivas, las cuales permiten la retroalimentación a través de la etapa de evaluación. Esta última posibilita la actualización y/o redefinición del problema público en función de los resultados obtenidos:

- Primera etapa: Inclusión en la agenda del problema
 - Producto 1: la definición política del problema público
- Segunda etapa: Decisión- programación para darle solución al problema
 - Producto 2: programa de actuación político-administrativo
 - Producto 3: acuerdo de actuación político-administrativo
- Tercera etapa: Implementación de las acciones destinadas a solucionar el problema
 - Producto 4: planes de acción

b. Producto 5: actos de implementación (outputs)

D. Cuarta etapa: Evaluación de las acciones implementadas

a. Producto 6: enunciados evaluativos acerca de los efectos (impactos y *outcomes*)

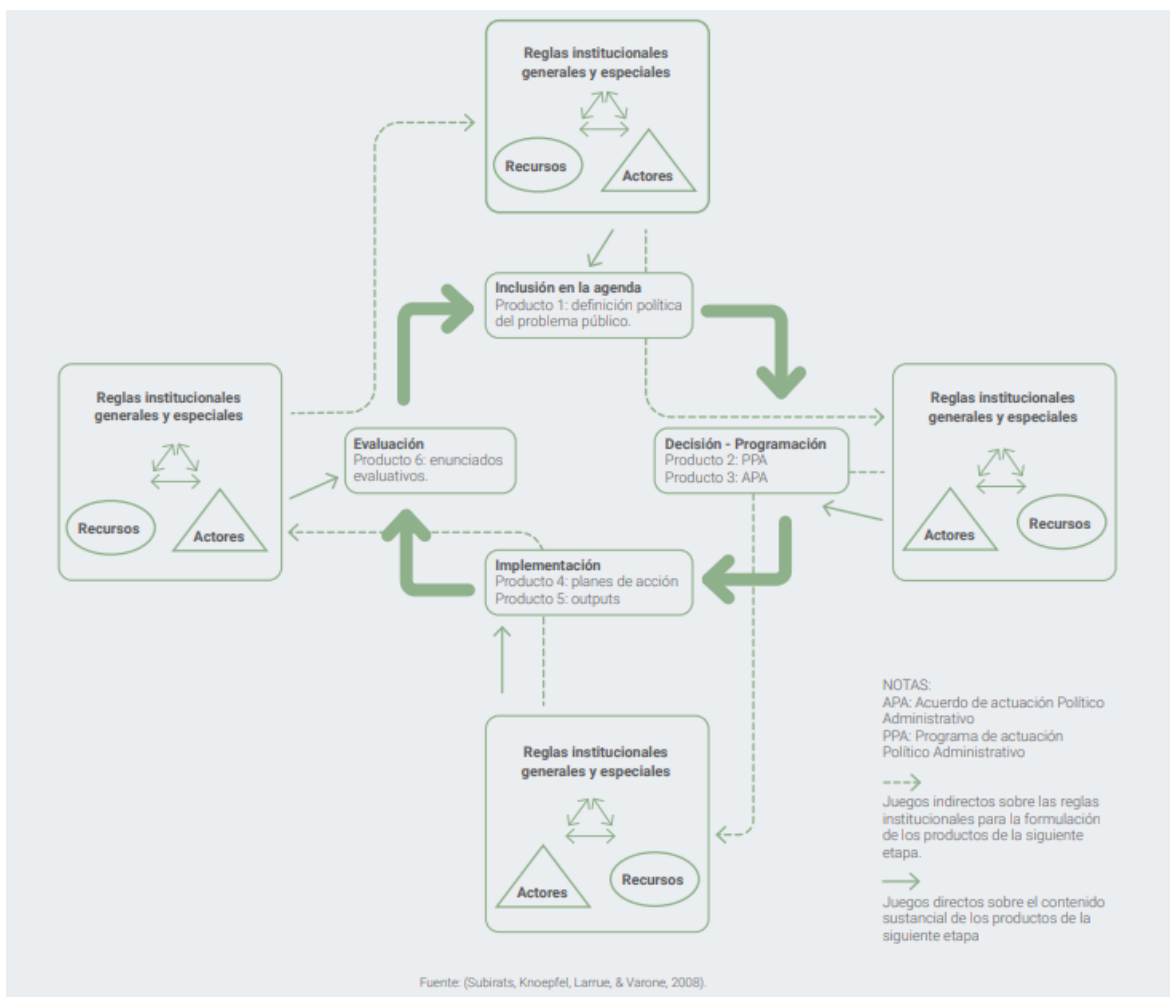
Por otra parte, las decisiones y acciones de naturaleza sustantiva (referidas a los contenidos de la política) pueden reforzar o debilitar las decisiones de orden institucional (referidas a un carácter más general). Debe existir, por tanto, coherencia entre la dimensión sustantiva e institucional para que influyan decisivamente sobre los resultados (institucionales y sustantivos) que se obtienen en la siguiente fase.

La integración de las claves del análisis al proceso de las políticas públicas define el modelo teórico integrado (Ver Figura 2) que permite analizar las políticas públicas en el tiempo (según las diferentes etapas), considerando cuatro puntos relevantes:

- Concreción del “contenido sustantivo” de la política pública: Constatación empírica, a lo largo de las diferentes etapas, de una gradual concreción y especificación del contenido de la política pública. En la medida que una política pretende resolver un problema colectivo, las acciones y las decisiones efectuadas se deben orientar hacia esta finalidad. Esta coherencia sustantiva es condición sine qua non para la eficacia de las políticas públicas e, incluso, para su existencia.
- La consolidación del “espacio” de una política pública: Verificación, a partir del triángulo base de toda intervención estatal (Estado, grupo objetivo y beneficiarios finales), del surgimiento, la consolidación e incluso la delimitación (hasta cierto punto exclusiva) del espacio de la política analizada (este espacio estaría formado por la red de esa intervención pública que integran también los grupos de afectados o beneficiarios).
- La consolidación de un “capital institucional”: Identificación de las reglas institucionales de la política. Estas reglas son factores que permiten una mayor estabilidad de las conductas individuales, de las interacciones entre los actores y los resultados sustantivos que se derivan de estas interacciones). Además, rigen las organizaciones administrativas del sistema político-administrativo correspondiente y, por sobre todo, las normas (in) formales que se dan a sí mismos los actores involucrados en una política específica.
- La explotación de todo el “abanico de recursos”: Observación de todos los recursos efectivamente movilizados a lo largo del desarrollo de una política pública y los intercambios de recursos que se producen entre los actores involucrados. Este análisis incluye también posibles cambios en el estatus de ciertos recursos a medida que avanza la implementación de la política.

Este modelo concibe a las políticas públicas como un proceso dinámico y permite identificar y analizar, en cada una de las etapas, elementos circunscritos y un número limitado de actores involucrados. La posibilidad de explicar parcialmente los resultados sustantivos e institucionales de una etapa, independientemente del contenido de la etapa precedente, amplía significativamente el enfoque analítico. Este análisis permite, por un lado, comparar los actores, los recursos utilizados, las instituciones en acción y los productos generados en las distintas fases de una misma política pública (análisis diacrónico); y, por otro, examinar procesos de decisión desarrollados en diferentes zonas o países, ya sea en una o varias políticas públicas (análisis sincrónico).

Figura N°2. Modelo teórico para el análisis de una política pública



Problema que da origen a la política

Cuando hablamos de un problema público, nos referimos a un problema social que es reconocido políticamente como público, es decir, “la existencia de una situación de insatisfacción social, cuya solución requiere la acción del sector público” (Subirats, 2008, p.38). En este caso, corresponde a aquellos aspectos de la problemática de salud mental que han sido considerados relevantes para ser abordados a través de una política pública o un conjunto de ellas.

¿Qué entendemos por salud mental?

Un primer paso es entender a qué refiere el concepto de **salud mental**. La creciente relevancia de esta temática ha sido destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022): “La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental para la vida de todas las personas. Influye en cómo pensamos, sentimos y actuamos. Sustenta nuestra capacidad para tomar decisiones, construir

relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos (...) La salud mental significa ser más capaces de relacionarnos, desenvolvemos, afrontar dificultades y prosperar.

En la actualidad, diversos factores ponen en riesgo la salud mental en distintos niveles, ya sea individual, familiar y comunitario. Entre estos se incluyen las recesiones económicas, la polarización social, las emergencias de salud pública, o las emergencias humanitarias generalizadas, el desplazamiento forzado, así como la creciente crisis climática (OMS, 2022). A ello se suma el impacto global de la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 en todo mundo.

Para el Ministerio de Salud (Minsal), el concepto de salud mental se define como “la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Minsal, 2017, p.31). Esta definición da cuenta de la importancia que tienen distintos factores sociales, económicos y físicos en la calidad de la salud mental en las personas, y permite ampliar la mirada de esta problemática más allá de los aspectos clínicos y/o psiquiátricos con los que tradicionalmente es abordada.

La Ley N°21.331 sobre el Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental, promulgada en 2021, define salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades [y por ende] puede realizarlas, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar y contribuir a su comunidad. En el caso de niños, niñas y adolescentes, la salud mental consiste en la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento y bienestar psicológico. La salud mental está determinada por factores culturales, históricos, socioeconómicos, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una construcción social esencialmente evolutiva y vinculada a la protección y ejercicio de sus derechos” (Artículo 2).

El segundo concepto necesario a considerar es el de **trastorno o enfermedad mental**. De acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, CIE-11, los trastornos mentales son síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (OMS, 2022).

En este contexto, un tercer concepto clave para esta discusión es la **discapacidad mental**. Ésta se refiere al deterioro funcional con pérdida de autonomía que se desarrolla cuando una persona interactúa con diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que las demás personas, a causa de un trastorno mental (OMS, 2022). Se trata, por tanto, de un subconjunto de los trastornos mentales con un mayor nivel de afectación. En gran medida las barreras sociales tienen como base el estigma sobre la enfermedad mental. La evidencia señala que el estigma y la discriminación hacia las personas con problemas de salud mental representan uno de los mayores obstáculos para la inclusión social y el acceso a servicios de salud adecuados. Estas barreras contravienen los derechos humanos básicos y exacerban la exclusión social (Thornicroft et al, 2022).

La Ley 21.331 (2021, art. 2), define enfermedad o trastorno mental como “una condición mórbida que presente una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente”, mientras que discapacidad psíquica o intelectual, como aquella que se presenta en una persona que “teniendo una o más deficiencias, sea por causas psíquicas o intelectuales, de carácter temporal o

permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Ley 21.331, 2021, artículo 2).

La salud mental en el mundo y en Chile.

Según datos de la OMS (2022), una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. Los problemas de salud mental y neurológicos son responsables, a lo menos, del 12% de la carga de enfermedad mundial y se estima que la carga de estos problemas irá en aumento. En Chile, según datos del *Institute for Health Metrics and Evaluation*⁶, del total de carga de enfermedad que se presenta en la población, se estima que el 20% se debe a las condiciones neuropsiquiátricas (IHME, 2022).

En 2019, la mortalidad por suicidio representó cerca del 1,3% de todas las muertes a nivel global. Este fenómeno supera la mortalidad por VIH, malaria, cáncer de mama, homicidios y guerras (OMS, 2021).

Lo anterior se ve complejizado con la baja prioridad que la temática de salud mental ha tenido respecto de otras afecciones de salud en la discusión de política (Vigo et al, 2019). Los presupuestos de salud en los países suelen destinar menos del 2% en atención de salud mental, y en países de ingreso medio, más del 70% del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos, aun cuando la recomendación basada en evidencia señala que debe estar integrada al sistema de salud general con énfasis en la atención primaria y servicios especializados comunitarios (OMS, 2022). Lo anterior, termina repercutiendo entre muchas cosas, en servicios de salud mental ofrecidos de calidad deficiente, inexistencia de servicios formales, o en problemas de accesibilidad.

En el caso de Chile, la evidencia más reciente muestra que el **trastorno depresivo o depresión** es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la población. A nivel mundial, se estima que aproximadamente un 5% de los adultos podría estar cursando un trastorno depresivo (Minsal, 2024a). En el ámbito nacional, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, que incorporó el módulo CIDI⁷, la prevalencia de vida de trastorno depresivo en personas adultas alcanza un 11,2%, mientras que la de trastorno bipolar, en sus distintas formas, es de 1,7%.

En cuanto a la prevalencia del trastorno depresivo en los últimos 12 meses, se estima que afecta al 6,2% de la población, siendo casi cinco veces más frecuente en mujeres (10,1%) que en hombres (2,1%).

En 2019, el suicidio fue reportado como la segunda causa de muerte no natural en Chile, después de los accidentes de tránsito, y representó el doble de muertes que los homicidios. Durante el periodo 2010-2019, la tasa de suicidios fue de 11,17 por cada 100.000 habitantes (Minsal, 2022).

Dentro de los trastornos neurológicos más relevantes⁸, la evidencia destaca una alta prevalencia de enfermedades asociadas a la **demencia**, siendo el **Alzheimer** una de las más significativas a nivel mundial. Se estima que actualmente cerca del 1,06% de la población en Chile presenta algún tipo de demencia, con una mayor concentración en la población de mayores de 60 años, alcanzando más del 40% entre los mayores de 85 años (Senama, 2009, en Minsal, 2024a). Datos de estudios recientes en Chile sobre mortalidad asociada a trastorno mental, muestra que la demencia tipo

⁶ <https://www.healthdata.org/>

⁷ *Composite International Diagnostic Interview*, versión 3.0.

⁸ Corresponde a afecciones que son propias del sistema nervioso o que guardan relación con él (Basado en la definición según se describen en la Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), de la OMS. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#1296093776>)

Alzheimer, como una de las causas de muerte con mayor porcentaje de aumento (59%) entre el año 2009 y 2019 (IHME, 2022, en Minsal, 2024a).

Los problemas de salud mental en Chile también tienen una importante relación con el **consumo de alcohol y drogas** por parte de la población. Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (Minsal, 2018), el 12% de la población presenta consumo riesgoso de alcohol, y un 1,9% presenta trastornos por consumo, con una mayor incidencia en hombres. De acuerdo a un estudio de la UC (2018), más de 13 mil muertes anuales en el país tienen como causa principal el consumo de alcohol, siendo la mayoría por cirrosis y condiciones cardiovasculares. En cuanto al consumo de sustancias ilícitas, especialmente de marihuana, se observó un aumento significativo desde 2010, alcanzando un *peak* en 2016 (14,5% en población general), con una posterior disminución al 11,4% en 2020 (Senda, 2020, en Minsal, 2024a).

Según datos recientes de la Novena Ronda del Termómetro de la Salud Mental, elaborada por la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y el Centro de Estudios y Encuestas Longitudinales y el Departamento de Psiquiatría de la UC, un 13,4% de la muestra encuestada reportó algún problema de salud mental. Esta cifra, aunque la más baja desde antes de la pandemia, sigue siendo significativa, ya que representa a cerca de 1,6 millones de personas (Bravo et al., 2024). La encuesta mostró, además, menores prevalencias de síntomas de ansiedad (23,6%), depresión (10,4%), soledad percibida (16,3%), insomnio (8,4%) y empeoramiento del estado de ánimo respecto de la situación prepandémica (14,2%). Sin embargo, un 60,8% de las personas con sospecha o diagnóstico de algún problema de salud mental (alrededor de 1,1 millones) indicó no sentir la necesidad de recibir tratamiento. En particular, un 64% de quienes presentaron síntomas de depresión (aproximadamente 920 mil personas) y un 55% de quienes presentaron síntomas de ansiedad (alrededor de 830 mil) no percibieron necesidad de atención.

Por su parte, el informe *Monitor Global de Salud 2023*, elaborado por la consultora internacional IPSOS, señaló que un 66% de los chilenos declara que la salud mental es el mayor problema de salud que enfrenta el país, superando ampliamente el promedio mundial de 44% (Ipsos, 2023). El estudio también indica que, desde el año 2020, la proporción de personas que identifica la salud mental como un problema en Chile ha aumentado del 50% al 66%.

Covid-19 y salud mental

A los antecedentes señalados, se suma el impacto negativo que tuvo —y continúa teniendo— la pandemia de Covid-19 sobre la salud mental. Se estima que, a raíz de la pandemia, la prevalencia de los trastornos de ansiedad aumentó en aproximadamente un 32%, mientras que los trastornos depresivos mayores lo hicieron en un 27% (Santomauro, D. et al., 2021). En la región de las Américas, se reportó un incremento del 35% en la prevalencia de los trastornos depresivos, de ansiedad e insomnio (Zhang et al, 2022).

Al mismo tiempo, en muchos países se observó una disminución significativa en la disponibilidad de servicios de salud mental, debido a las medidas de confinamiento y a la reorientación de los equipos profesionales y técnicos hacia otras funciones del sistema de salud, contraviniendo recomendaciones internacionales (Tausch et al, 2022).

En el caso de Chile, se produjo una disminución de la capacidad de atención en el sistema de atención público de salud mental (Toro-Devia et al, 2023a). En el ámbito privado, se redujo el acceso a atenciones con protección financiera mediante el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), mientras que aumentaron las consultas ambulatorias psiquiátricas y psicológicas mediante telemedicina. Este cambio tuvo un impacto aún no dimensionado en el gasto de bolsillo de las personas usuarias.

Además, se identificó que las licencias médicas asociadas a trastornos mentales fueron las más frecuentes dentro del sistema de salud, tanto en el sector público como en el privado (Toro-Devia et al. 2023b).

Frente al diagnóstico de que la pandemia de COVID-19 exacerbó la magnitud de los problemas de salud mental en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó a una Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19. A partir de este trabajo, se elaboró el informe *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas*, con el propósito de orientar a los países en el abordaje de esta prioridad sanitaria (OPS 2023a). La nueva agenda proporciona diez recomendaciones clave para los países de la región:

- 1) Elevar la salud mental como prioridad de desarrollo nacional, incluyendo su atención en la cobertura universal de salud;
- 2) Integrar la salud mental en todas las políticas de salud e intersectoriales;
- 3) Mejorar la cantidad y calidad del financiamiento;
- 4) Garantizar los derechos humanos relacionados con la salud mental por medio de leyes y políticas, la transición de los servicios de las instituciones psiquiátricas a la atención comunitaria y el aumento de la capacidad en materia de derechos humanos en todos los sectores;
- 5) Promover y proteger la salud mental a lo largo de la vida;
- 6) Ampliar los servicios y la atención de salud mental a nivel comunitario, incluyendo el empoderamiento de las personas que usan los servicios y sus familias;
- 7) Prevenir el suicidio;
- 8) Reducir las desigualdades de género y abordar la violencia de género,
- 9) Abordar el racismo y la discriminación racial como importantes determinantes de la salud mental; y,
- 10) Mejorar los datos y las investigaciones sobre la salud mental.

En relación con la segunda recomendación, se enfatiza que el enfoque multisectorial es “la forma más eficiente y eficaz de incorporar la promoción, la prevención y el tratamiento en lo que respecta a la salud mental en la amplia gama de políticas, planificación y servicios requeridos” (OPS 2023, pág. 32). Este enfoque puede expresarse a través de programas conjuntos liderados por el sector salud en colaboración con otros sectores, o bien mediante la integración de componentes de salud mental en programas sociales, judiciales, educativos, laborales, habitacionales, entre otros.

Actores e institucionalidad

Con el propósito de abordar el problema público previamente descrito, en los últimos años diversos actores e instituciones se han involucrado en la temática de salud mental, adaptándose a nuevos enfoques, reformas y programas tanto en el área de la salud en general, como en el de la salud mental en particular.

En este contexto, la presente sección ofrece una breve descripción de los principales actores y de la institucionalidad involucrada en el abordaje de la salud mental en Chile. Estos actores pueden corresponder tanto a personas individuales como a colectivos (que actúan con homogeneidad interna), o personas jurídicas de carácter público y/o privado. En conjunto, conforman una red compleja de interacciones que opera en diferentes niveles y escenarios (Subirats, J; Knoepfel, P; Larrue, C & Varone, F, 2008).

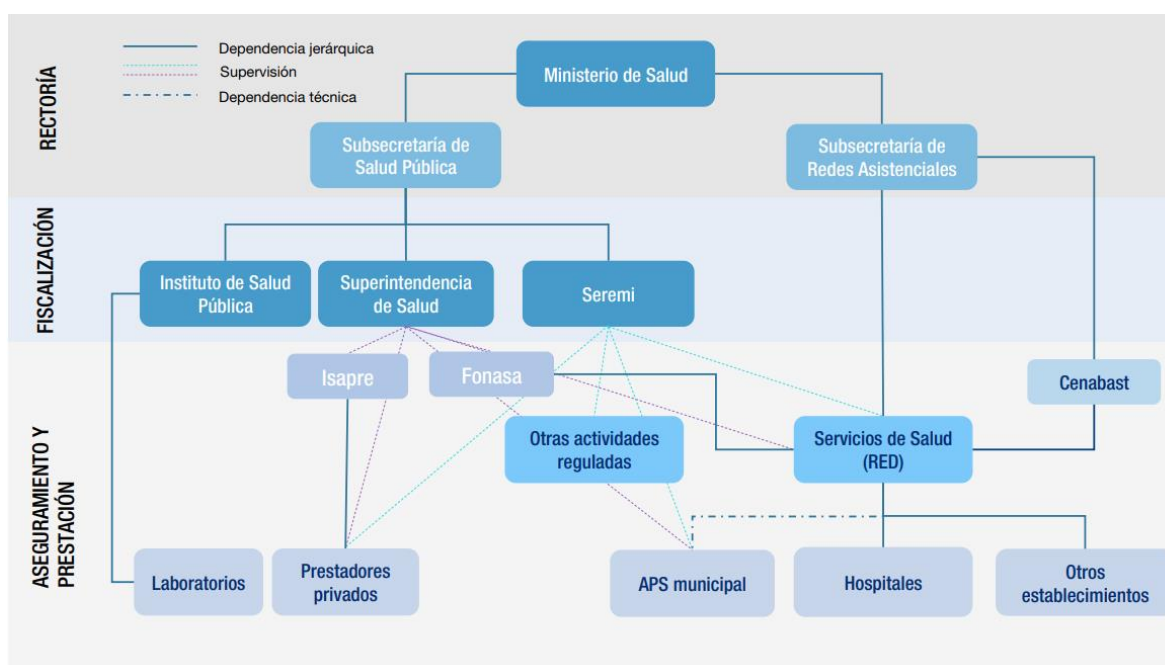
Para comenzar el análisis, es necesario señalar que el rol rector y regulador del sector salud, tanto público como privado, está centralizado en una autoridad sanitaria encabezada por el Ministerio de Salud (Minsal). Esta institución se compone de dos subsecretarías: la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, además de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremis), una en cada una de las 16 regiones del país.

A grandes rasgos, la Subsecretaría de Salud Pública tiene entre sus funciones coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y del Instituto de Salud Pública (ISP)⁹. Por su parte, la Subsecretaría de Redes Asistenciales se encarga de formular políticas, normas, planes y programas en salud, velar por su cumplimiento y coordinar su implementación a través de los Servicios de Salud, la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y otros organismos que integren el Sistema de Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

La fiscalización del cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales recae en tres instituciones: Seremis, el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Superintendencia de Salud.

El sistema de salud chileno está conformado por un sistema mixto de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, con participación tanto del sector público como del privado. El seguro público (Fonasa) tiene una lógica colectiva y no discrimina en función de los riesgos individuales de salud que pueda presentar una persona, mientras que los seguros privados (Isapres) funcionan en base a planes tarifados de acuerdo con el riesgo individual y preexistencias. El sector público asegura a cerca del 78% de la población, y el sector privado que da cuenta del 14,4%, mientras que los subsistemas de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad que cubren al 3% restante de la población (Aguilera, X. et al, 2019).

Figura N°3. Estructura del sistema de salud chileno



Fuente: (Aguilera, X. et al, 2019). Página 38.

⁹ Para más detalle sobre sus funciones, ver tabla N°2

A continuación, se revisará en mayor detalle los actores que forman parte del sistema de salud, específicamente en el ámbito de la salud mental, diferenciándolos entre institucionalidad pública, institucionalidad privada y organismos internacionales.

Institucionalidad Pública

El Estado chileno provee bienes y servicios de salud mental a la población a través de dos vías principales: 1) atención mediante prestaciones médicas; y 2) programas públicos sectoriales, que ofrecen bienes y servicios orientados a resolver problemas de salud mental.

Respecto a la **atención mediante prestaciones médicas**, el principal proveedor es el Ministerio de Salud, a través de una red de servicios de salud mental y psiquiatría en el marco del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En este sistema, los distintos establecimientos de salud ofrecen prestaciones de manera coordinada, definiendo dinámicas de funcionamiento, flujos de pacientes y acciones conjuntas, que incluyen promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación y protección en salud mental.

El primer nivel de atención y puerta de entrada preferencial al sistema de salud son los Centros de Salud Familiar (CESFAM). La mayoría de estos centros están bajo administración municipal, aunque algunos dependen directamente de los Servicios de Salud. Cada Servicio de Salud puede conformar equipos de salud mental y psiquiatría en hospitales generales (incluyendo Centros de Diagnóstico y Tratamiento adosados a los complejos hospitalarios o CDT, y Centros de Referencia en Salud o CRS), los que operan en modalidad de atención ambulatoria y atención cerrada (hospitalización) a cargo de una población asignada, en un área geográfica definida.

Para la atención ambulatoria especializada, se implementan los Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM), los cuales operan como equipos ambulatorios que trabajan directamente en el territorio. Los COSAM forman parte del modelo de atención comunitaria, la cual busca que el conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, trabajen de manera coordinada e integrada para abordar los problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población en un área determinada (ver Tabla N°1).

Tabla N°1: Red de salud mental y psiquiátrica del SNSS

Niveles			Estrategia
Nivel de resolución	primario	de (barrio-comuna)	Atención Primaria de Salud (APS) Servicios de urgencia de nivel primario
Nivel de resolución	secundario	de (Comuna-Provincia)	Servicios de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria hospitalarios Equipos de Psiquiatría de Niños, niñas y Adolescentes hospitalarios Unidad de Adicciones Ambulatoria hospitalaria Centros de Salud Mental Familiar (COSAM) Hospital de Día Hospital de Día para niños, niñas y adolescentes Servicios de Urgencia Comunidades Terapéuticas Ambulatorias en convenio
Nivel de resolución	terciario	de (Provincia – Región)	Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía para Adolescentes Servicio de Psiquiatría de Mediana Estadía Unidades de Psiquiatría Forense Unidad de Adicciones con Hospitalización

Comunidades Terapéuticas Residenciales en convenio
Hogares Protegidos
Residencias Protegidas

Fuente: Red de Servicios de Salud Mental (documento entregado por Minsal).

Por otro lado, el Estado también entrega bienes y servicios de salud mental a través de programas públicos sectoriales, orientados a abordar problemas específicos de salud mental. El análisis detallado de esta oferta se desarrollará en el capítulo **“Oferta programática de salud mental”**.

La institucionalidad pública directamente relacionada a esta temática (ver tabla N°2) se encuentra radicada principalmente en el Ministerio de Salud (Minsal), a través de sus dos subsecretarías (Salud Pública y Redes Asistenciales), en sus Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud, y en los Servicios de Salud. Además, esta institucionalidad cuenta con organismos autónomos, es decir, descentralizados, con autonomía de gestión, patrimonio propio.

Tabla N°2: Institucionalidad pública en salud mental

Institución	Año de creación	Misión institucional u objetivo estratégico relacionado
Nivel central		
Ministerio de Salud	1959	Construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera¹⁰ Sus funciones en términos generales son: formular, crear y coordinar planes de salud a nivel sectorial e intersectorial (público y privado) y de cobertura nacional e internacional; dictar y velar por el cumplimiento de normas generales y específicas de temas de salud; realizar vigilancia sanitaria y evaluar la salud de la población; formular y ejecutar el presupuesto sectorial anual; y coordinar las redes asistenciales en todos sus niveles¹¹.
Subsecretaría de Redes Asistenciales	2005	La Subsecretaría del Ministerio de Salud tiene entre sus funciones: Regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud pública, a través de políticas y normas, con el fin último de lograr avanzar en la calidad y equidad del acceso de la salud de la población; posicionar a la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutiveidad y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria; y mejorar la

¹⁰ (<https://www.gob.cl/ministerios/ministerio-de-salud/>)

¹¹ Ver detalle de funciones en <https://www.minsal.cl/funciones-objetivos/>

		disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos ¹² .
Subsecretaría de Salud Pública¹³	2005	La Subsecretaría de Salud Pública tiene entre sus principales funciones: desarrollar políticas públicas saludables a través de programas de prevención y promoción y fortalecimiento de entornos saludables; proteger la salud de la población a través de programas de fiscalización y de acción en caso de emergencias y desastre; establecer e implementar el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES); realizar estudios sobre el estado de salud de la población; y crear sistemas de información confiables para la toma de acciones de salud y la gestión de las Comisiones de Medicina Preventiva ¹⁴ .
Fiscalización		
Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud	1980 en adelante.	Existen 16 Secretarías del Ministerio de Salud, una por cada una de las 16 regiones del país. Dentro de sus tareas más reconocidas está la fiscalización, vigilancia y pesquisa epidemiológica de condiciones de riesgo; la implementación de Planes de Promoción de Salud; y la coordinación de acciones de prevención. Estas dos últimas, en colaboración con las municipalidades. Las SEREMI también están a cargo de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y actúan como un “tribunal sanitario”, con facultades para instruir y fallar procedimientos y sumarios sanitarios ¹⁵ .
Instituto de Salud Pública (ISP)	1979	Organismo de referencia del Estado que promueve y protege la salud de la población, fortaleciendo el control sanitario a través de la vigilancia, autorización, fiscalización, investigación y transferencia tecnológica. Incorpora el enfoque de género, territorialidad e interculturalidad, cumpliendo con altos estándares de calidad, transparencia, innovación y equipo humano comprometido con el servicio público ¹⁶ .
Superintendencia de Salud	2005	Organismo encargado de supervigilar y controlar a las instituciones de salud previsual y al Fondo Nacional de Salud (FONASA), velando por el cumplimiento de las obligaciones

¹² Ver detalle de sus funciones en <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones-2/>

¹³ Continuada de la Subsecretaría de Salud, que funcionó hasta 2005.

¹⁴ Para detalle de sus funciones en <https://www.minsal.cl/mision-y-funciones-2/>

¹⁵ Ver detalle en <https://www.minsal.cl/secretarias-regionales-ministeriales-de-salud/>

¹⁶ Ver detalle en <https://www.ispch.gob.cl/quienes-somos/>

		que les imponga la ley. Además, tiene a su cargo la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados, respecto de su acreditación y certificación ¹⁷ .
Ejecución		
Servicios de Salud (RED)		Les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas ¹⁸ .
Instituciones de atención primaria de salud (APS municipal)		Establecimientos que ejercen funciones asistenciales de tipo ambulatoria en un determinado territorio con población a cargo. Corresponden a 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) ¹⁹ .
Instituciones de atención secundaria		Encargadas de las consultas de especialidades en Hospitales, Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Centros de Referencia en Salud (CRS). En este nivel de atención se clasifican los Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) y la Hospitalización Diurna. Cabe señalar que, a diferencia de las instituciones de atención primaria, ningún usuario puede por su propia cuenta solicitar atención a nivel secundario, a menos que haya sido derivado desde el nivel primario o, en caso de consulta, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria.
Instituciones de atención terciaria		Establecimientos que realizan hospitalización o atención en regímenes cerrados (las personas pernoctan en la institución).
Fondo Nacional de Salud (Fonasa)		Organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales en el sistema, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, reciben financiamiento del Estado a través de un aporte fiscal directo. Tiene carácter de Seguro Público, por ende, su política es inclusiva para todos los habitantes del país, pero principalmente en los grupos de mayor vulnerabilidad y necesidad en salud ²⁰ .

¹⁷ Ver detalle de sus funciones en <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-acerca-de-la-superintendencia/definiciones-estrategicas-6119/>

¹⁸ Para más detalle de sus funciones ver <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>

¹⁹ Ver detalle en <https://ssms.gob.cl/como-me-atiendo/rol-de-la-red-asistencial/>

²⁰ Ver detalle de sus funciones en <https://nuevo.fonasa.gob.cl/conoce-fonasa/acerca-de-fonasa/#objetivos-estrategicos>

Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST)		Organismo cuya función es asegurar la disponibilidad de medicamentos, alimentos, insumos y equipamiento a la Red de Salud, mediante la gestión de un servicio de abastecimiento de excelencia, eficiente y de calidad, con el objetivo de mejorar la salud de todas las personas que habitan en Chile. Gestiona además los procesos de compra mandatados por el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública, Fondo Nacional de Salud, Servicios de Salud, Municipalidades y Corporaciones Municipales y, en general, por las entidades que se adscriban al Sistema Nacional de Servicios de Salud para el ejercicio de acciones de salud ²¹ .
Organismos autónomos		
Instituciones de Educación Superior Estatales		Incluye Universidades, Institutos Profesionales, Centros de Formación Técnica y Organismos de Capacitación, encargados de la formación de profesionales y centros de estudios ²² .

Fuente: Red de Servicios de Salud Mental (documento entregado por Minsal). Ver fuente en notas el pie para descripción de cada Institución.

Como se señaló anteriormente, estos actores tienen una responsabilidad directa en la provisión de bienes y servicios de salud mental. Sin embargo, a nivel central y regional, diversos ministerios sectoriales también implementan programas públicos relacionados. Entre ellos destacan el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el Ministerio de Educación, el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, especialmente a través del Servicio Nacional de Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas (Senda), y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Institucionalidad Privada

En el marco de una política pública, los actores e instituciones de carácter privado participan en la conformación y estructuración del espacio político, sin que ello implique un control gubernamental directo sobre sus acciones. Este grupo no solo abarca a los actores involucrados en la implementación, sino que también, al grupo objetivo, los beneficiarios finales y terceros relacionados (Subirats et al., 2008).

A partir de la revisión documental, se identifican los siguientes grupos de actores privados relevantes para la salud mental: organismos internacionales; instituciones de educación superior y organismos de capacitación que forman profesionales del área de la salud y centros de estudios especializados; organizaciones de la sociedad civil; población objetivo y población beneficiaria final. La Tabla N°3 presenta un detalle de estos actores, exceptuando a los organismos internacionales, que se serán revisados en una sección específica.

Tabla N°3: Institucionalidad privada en salud mental

ACTOR	OBJETIVO / MISIÓN
--------------	--------------------------

²¹ Ver detalle de sus funciones en <https://www.cenabast.cl/institucion/quienes-somos/>

²² Mineduc y Minsal (2023).

Instituciones de Educación Superior y Organismos de Capacitación que forman profesionales de las áreas de la salud y centros de estudios en la materia.	Incluye Universidades, Institutos Profesionales, Centros de Formación Técnica y Organismos de Capacitación, encargados de la formación de profesionales y centros de estudios ²³ .
Organizaciones de la sociedad civil	La principal entidad constituida por distintos representantes de la sociedad civil es el Consejo Asesor en Salud Mental del Ministerio de Salud, cuyos principales objetivos son: - Generar recomendaciones a la autoridad ministerial, jefaturas y equipos técnicos, en diferentes procesos relacionados con la implementación, monitoreo y evaluación de las políticas de salud mental y psiquiatría. - Participar en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de un “Plan de participación social en salud mental”. - Realizar el proceso de selección para constituir un nuevo Consejo Asesor en Salud Mental, luego de 2 años²⁴. Por su parte, el Colegio Médico de Chile (COLMED) es una asociación gremial que tiene por objeto promover el perfeccionamiento, la protección, el desarrollo y la racionalización de la profesión de médico-cirujano. Para cumplir con esta finalidad, el Colegio podrá ejercer, entre otras, las siguientes facultades: - Crear, auspiciar, colaborar y mantener publicaciones, ciclos de conferencia, cursos, premios a obras científicas, becas de estudios o de investigación en el país o en el extranjero, y actividades en general destinadas a mejorar la preparación de los asociados o de los estudiantes de Medicina. - Organizar reuniones médicas, tanto nacionales como internacionales. - Estudiar los aspectos relacionados con la enseñanza médica y la atención de salud y otorgar su colaboración a las autoridades, universidades y organismos encargados²⁵.
Prestadores de Salud Privados	De acuerdo a datos de la Superintendencia de Salud, a diciembre de 2023 existían 531 prestadores privados en el país, lo que representa un 65% del total. Entre estos se encuentran clínicas, centros de salud, institutos especializados y consultorios independientes ²⁶ .
Prestadores individuales de Salud	Médicos cirujanos, cirujanos dentistas, enfermeros, matrones, tecnólogos médicos, psicólogos, kinesiólogos, farmacéuticos, químicos farmacéuticos, bioquímicos,

²³ Ibid.

²⁴ Ver Decreto Exento N°43, de 09 de junio de 2022, del Ministerio de Salud. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/DECRETO-EXENTO-N%C2%B0-43-SSP-2022.pdf>

²⁵ Ver detalle de sus funciones en <https://www.colegiomedico.cl/quienes-somos/>

²⁶ Ver <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-grupos-de-interes/prestadores-6053/>

	nutricionistas y fonoaudiólogos, entre otros, que están legalmente habilitados para ejercer su profesión en Chile ²⁷ .
Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)	Aseguradoras privadas cuya principal función es financiar y administrar las prestaciones y beneficios de salud de aquellas personas que cotizan obligatoriamente el 7% (o más, en algunos casos) de sus ingresos mensuales para la salud. Fueron creadas en el año 1981 en virtud de la dictación del DFL N°3 del Ministerio de Salud y hoy en día prestan servicios de financiamiento a un 19% de la población. Desde el año 2005, son supervisadas por la Superintendencia de Salud. Actualmente existen dos tipos: Isapres abiertas, que ofrecen sus servicios a cualquier persona que quiera afiliarse voluntariamente; e Isapres cerradas, que únicamente prestan servicios a una empresa o a un grupo de empresas privadas, de forma que solo los trabajadores y sus familiares que pertenecen a ellas pueden afiliarse a estas instituciones. Las Isapres ofrecen planes con cobertura parcial para tratamientos de salud mental ²⁸ .
Mutuales	Instituciones de Derecho Privado, sin fines de lucro, que operan como organismos administradores del seguro de la Ley 16.744, la cual regula los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Su principal objetivo es cuidar y proteger al trabajador mediante programas de prevención de riesgos y capacitación, además de otorgar coberturas de salud y compensaciones asociadas a accidentes laborales, de trayecto y enfermedades profesionales, incluyendo las relacionadas con la salud mental. Las mutuales son reguladas por la Superintendencia de Seguridad Social del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Actualmente, en Chile existen tres mutualidades de empleadores²⁹: 1. Instituto de Seguridad del Trabajo (IST) 2. Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) 3. Mutual de Seguridad CChC (MUSEG)
Laboratorios farmacéuticos	Establecimientos en que se efectúa la fabricación, importación, fraccionamiento, envase o acondicionamiento, así como cualquier otra actividad relacionada con la producción y control de calidad de los productos farmacéuticos. Estos establecimientos podrán igualmente fabricar, importar o distribuir materias primas que se utilicen en la industria farmacéutica (https://www.ispch.gob.cl/anamed/establecimientos-farmaceuticos-y-cosmeticos/laboratorios-farmaceuticos-de-produccion/).

²⁷ <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/3511-consultar-en-el-registro-de-medico-u-otro-profesional-de-la-salud>

²⁸ <https://www.isapre.cl/las-isapres>

²⁹ Ver detalle en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650> y en <https://www.suseso.cl/606/w3-article-19892.html>

Fuente: Red de Servicios de Salud Mental (documento entregado por Minsal). Ver fuente en descripción de cada Institución.

Organismos Internacionales

Finalmente, es importante incluir a los principales organismos internacionales que mantienen convenios con nuestro país en materia de salud, profundizando sobre cómo se involucran o colaboran con instituciones locales en temas de salud mental (ver tabla N°4). En términos generales, estas instituciones, junto con los actores nacionales gubernamentales y privados, buscan fortalecer la capacidad del país para responder a los desafíos en salud mental, promoviendo un enfoque basado en derechos humanos y acceso equitativo para contribuir al bienestar psicológico de la población.

Tabla N°4: Institucionalidad internacional en salud mental

ACTOR	OBJETIVO / MISIÓN
Organización de las Naciones Unidas (ONU)	La ONU desempeña un papel relevante en el apoyo de la salud mental en Chile, principalmente a través de sus agencias especializadas como la OMS, OPS y PNUD. Éstas trabajan junto al Gobierno, la sociedad civil y otros actores para mejorar las políticas, servicios y condiciones en torno a la salud mental ³⁰ .
Organización Mundial de la Salud (OMS)	La OMS, a través de la OPS, desempeña un rol fundamental en Chile, que es apoyar al país en el fortalecimiento de su sistema de salud, la promoción de políticas públicas efectivas y la mejora de la salud de la población. En cuanto a salud mental, la OMS lidera los esfuerzos globales a través de programas como el <i>Mental Health Action</i> (Plan 2013-2030), que busca promover la salud mental, prevenir trastornos, mejorar el acceso a servicios y fomentar los derechos humanos. Publica informes como el <i>World Mental Health Report</i> y herramientas como el mhGAP (Programa de Acción para superar las Brechas en salud mental de la OMS), una guía para integrar salud mental en sistemas de salud generales ³¹ .
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Como oficina regional de la OMS, la OPS trabaja en los países de América Latina y el Caribe para fortalecer los sistemas de salud. En particular, para fortalecer las políticas, programas y servicios orientados a la promoción del bienestar mental y el tratamiento de trastornos psicológicos, en colaboración con el Ministerio de Salud. En esa línea, la OPS apoya el diseño y la implementación del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, promueve la integración de la salud mental en la atención primaria, colabora en la implementación de estrategias para la prevención del suicidio, ofrece capacitaciones a profesionales de la salud en la detección, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales, entre otros ³² .
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)	Como Agencia de la ONU, el PNUD desempeña un papel fundamental para ayudar a los países a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Su rol se centra en abordar los determinantes sociales de la salud mental, promover políticas inclusivas y reducir

³⁰ <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

³¹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20OMS%20hace%20especial%20hincapi%C3%A9,mejor%20salud%20mental%20para%20todos>

³² <https://www.paho.org/es/quienes-somos/preguntas-mas-frecuentes#>

	las desigualdades que impactan el bienestar emocional de las personas ³³ .
Organización Internacional del Trabajo (OIT)	Considerando la importancia de los efectos que puede causar la exposición a ciertas condiciones laborales sobre la salud mental y física de las personas, la OIT ha incluido como un principio y derecho fundamental el tener “un entorno de trabajo seguro y saludable” (OIT, 2022), explicitando que para lograr dicho entorno se requiere la participación de los Gobiernos, los empleadores y los trabajadores mediante el diálogo social y la cooperación (OIT, 2022). En ese contexto, en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 el objetivo estratégico N°4 refiere a incorporar al mundo del trabajo como sector relevante para la promoción, prevención y protección de la salud mental (Minsal (2017), ISP (2024)).
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Trabaja en proyectos relacionados con la salud mental infantil y adolescente, en particular en contextos de vulnerabilidad y derechos de los niños ³⁴ .
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH)	Es un organismo especializado del Sistema de Naciones Unidas, que tiene como objetivo promover y proteger los derechos humanos. En el campo de la salud mental ha cumplido un rol clave en la denuncia y protección de los derechos humanos de las personas privadas de libertad a causa de un trastorno mental, a través de internaciones involuntarias y prácticas coercitivas, y como órgano revisor del cumplimiento de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) ³⁵ .
Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo (BID)	Estas instituciones financian proyectos de salud mental en Chile, especialmente aquellos relacionados con la integración de servicios de salud mental en el sistema de atención primaria, y promueven el estudio del impacto social y económico de los trastornos mentales ³⁶ .
Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)	Apoya a refugiados y migrantes en Chile con programas de apoyo psicosocial. Además, proporciona recursos y formación especializada para abordar problemas de salud mental en estas comunidades ³⁷ .
Médicos Sin Fronteras (MSF)	Ofrece atención psicológica y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia, como durante la pandemia de COVID-19. Además, trabaja con comunidades vulnerables o afectadas por desastres naturales ³⁸ .
Alianzas académicas internacionales	Varias universidades chilenas trabajan en conjunto con centros de investigación globales en salud mental, como la Universidad de Harvard y la <i>London School of Hygiene & Tropical Medicine</i> , para desarrollar estrategias basadas en evidencia ³⁹ .

Fuente: Ver fuente en respectiva nota al pie de página.

³³ <https://www.undp.org/es/chile/objetivos-de-desarrollo-sostenible/salud-bienestar>

³⁴ <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021#:~:text=La%20labor%20de%20UNICEF,de%20much%C3%ADsimos%20ni%C3%B1os%20y%20ni%C3%B1as>

³⁵ <https://www.ohchr.org/es/about-us>

³⁶ <https://www.bancomundial.org/es/country/chile/publication/cuando-se-conmemoran-75-a-os-de-colaboraci-n-entre-el-banco-mundial-bm-y-chile-el-directorio-ejecutivo-del-bm-respald-el#>; <https://www.iadb.org/es/quienes-somos/topicos/salud#>

³⁷ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health#:~:text=La%20OMS%20trabaja%20en%20todo,sus%20problemas%20espec%C3%ADficos%20de%20salud.&text=https://www.who.int,%2Dplan%2D2019%E2%80%932023>

³⁸ https://www.msf.es/colabora/dona/ebook_salud_mental

³⁹ <https://saludpublica.uchile.cl/noticias/189169/nuevos-integrantes-de-suman-al-programa-de-salud-mental->

Financiamiento de Salud Mental en Chile

El financiamiento de la salud mental se enmarca dentro del sistema de salud en Chile el que recibe financiamiento desde distintas fuentes, combinando tanto recursos públicos como privados, y que puede observarse en la figura N°4, a continuación:

Figura N°4: flujo de financiamiento del sistema de salud en Chile.



Fuente: BCN (2018).

El Atlas de Salud Mental 2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que el gasto público de salud mental, en relación con el gasto público total en salud, se mantuvo alrededor del 2% comparado con el informe de 2017. No obstante, el gasto per cápita en salud mental aumentó de US\$2,50 a US\$7,49 (OMS, 2020)⁴⁰.

Sobre la base de 23 países que proporcionaron información incluido Chile, la mediana de gasto público en salud mental como proporción del gasto en salud es de 1,8% en América del Sur. El 83% de esos países destinan menos de un 20% de su gasto en salud mental a la atención primaria (OPS, 2023).

En Chile, el gasto total en salud mental en 2021 representó un 2,4% del gasto total en salud. De este porcentaje, el gasto público en salud mental fue un 1,7% del gasto público total en salud, mientras que el gasto privado en salud mental representó un 3,4% del gasto privado en salud (Minsal, 2023).

Según estimaciones realizadas por la OMS (Minsal, 2014) y el Ministerio de Salud (2017), aproximadamente un 2,16% a 2,17% del presupuesto público en salud en Chile se destinan a salud mental. Estos datos, correspondientes al 2012, son similares a los del 2004, cuando se estimaba un 2,14%⁴¹. Esto permite deducir que, en aproximadamente una década, la inversión en salud mental se ha mantenido relativamente constante. Dentro de esta estimación, cerca del 60% de los recursos

⁴⁰ Estimaciones realizadas en base a datos de información financiera, entregados por 67 de 194 países miembros de la OMS que participaron del estudio.

⁴¹ Según se consigna en el propio informe, el porcentaje del presupuesto estimado podría ser incluso menor (alcanzado un 1,71%) si se descuentan los recursos que proporciona SENDA a los Servicio de Salud para tratamientos de alcohol y drogas.

financian prestaciones valoradas bajo el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y no GES, mientras que un 20% se destina a atenciones en salud mental en la atención primaria.

En relación a este mismo informe, el gasto en salud mental de Chile destina un monto levemente inferior a los que destinan países de ingreso medio alto (2,38%), pero bastante lejos del 5,1% promedio de países de ingresos más altos, tales como Estados Unidos (6,0%), Australia (9,6%), o Reino Unido (11,0%) (Errazuriz et al., 2015).

Una reciente publicación, basada en estimaciones gastos a nivel de la atención no ambulatoria para salud mental, de la atención ambulatoria por niveles de atención público y privado, y en estimaciones de gastos en medicamentos realizados por las personas en el retail, se calcula un gasto en salud mental público de \$208 miles de millones (1,7% del gasto público en salud de Chile en el 2021), mientras que a nivel privado el gasto en salud mental fue de \$332 miles de millones, un 3,4% del gasto privado en salud (Minsal, 2023)⁴².

Trayectoria de la política pública en salud mental⁴³

Considerando las dos modalidades en que el Estado provee bienes y servicios de salud mental, el presente apartado tiene como objetivo trazar a grandes rasgos la trayectoria de la política de salud mental en Chile en los últimos años.

Para ello, se toma como punto de partida el marco normativo de la política pública, el cual está enraizado en 4 instrumentos con diferentes alcances: 1) Instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos; 2) Constitución Política de la República de Chile; 3) Leyes y Decretos Nacionales; y 4) Los planes y políticas de salud mental desde la década del 90 a la actualidad. En este sentido, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025 constituye el marco normativo más específico de la materia que se encuentra actualmente vigente en el país.

En términos generales, los instrumentos internacionales sobre derechos humanos consagran el derecho a la salud y a un nivel de vida adecuado, junto con el derecho a seguros en caso de desempleo, enfermedad u otros casos relacionados. La Constitución fija responsabilidades del Estado en términos de derecho y deberes, acciones y garantías constitucionales, específicamente el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación. Por otro lado, existen leyes y decretos que han otorgan atribuciones al Ministerio de Salud para garantizar el libre e igualitario acceso a la salud. Entre éstas destacan:

- A) Decreto Ley N°2763 (de 1979, con última actualización el año 2004): Entrega atribuciones al Ministerio de Salud sobre el libre e igualitario acceso a la salud. Esta Ley, además de asegurar las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, establece las responsabilidades del Ministerio en la materia.
- B) Ley 20.422 (2010): Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. De manera específica, determina que el Estado proveerá la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, a través de

⁴² Se espera que los resultados del estudio de financiamiento sostenible de salud mental en Chile, pronto a publicar por el BID y Minsal, en el marco del proyecto CH-T1297-P002, presente estimaciones más actualizadas.

⁴³ Este capítulo tiene como objetivo describir la trayectoria de la Política Pública en términos generales y agregados. No pretende ser un análisis exhaustivo de las acciones e iniciativas desarrolladas en el ámbito de la política pública, sino dar cuenta de la trayectoria, destacando hitos considerados relevantes por el equipo autor del Informe.

prestaciones o servicios de apoyo, y que ésta debe facilitar la existencia autónoma en su medio habitual y proporcionar un trato digno.

- C) Ley 20.584 (2012): Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Esta Ley determina que toda persona tiene derecho a promoción, protección y recuperación de salud y rehabilitación, independiente del ejecutor, y a recibirlas oportunamente y sin discriminación. Además, asegura la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales.
- D) Decreto N°570 del Ministerio de Salud (de 1998, con vigencia desde 2000): Aprueba Reglamento para la internación de personas con enfermedades mentales y determinación de los establecimientos que la proporcionan.
- E) Ley 21.331 (2021) del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.

Un primer avance hacia la construcción o definición de una política nacional orientada a la salud mental se produjo con la ratificación por parte de Chile de la Declaración de Caracas, en la Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, realizada en Venezuela, en noviembre de 1990 (OPS, 1990). Esta declaración reconoce que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención integral, continua y preventiva que respete los derechos humanos. Por ello, insta a los países firmantes a promover la reestructuración de la atención psiquiátrica en sus sistemas de atención primaria de salud y promover modelos alternativos centrados en la comunidad y sus redes sociales de apoyo.

Como primer esfuerzo de elaborar un plan y política nacional en salud mental, se debe mencionar la **Política y Plan Nacional de Salud Mental** elaborada por el Ministerio de Salud en el año 1993. Este plan recoge la evidencia internacional de la época sobre el necesario cambio de enfoque de salud mental, con el objetivo de que la temática fuese incorporada institucionalmente en la red de servicios de salud y en el resto de los niveles de atención existentes (Gatica-Saavedra et al., 2020).

A partir de este primer documento fue posible incorporar prácticas innovadoras, que servirían de base para la elaboración y publicación, en el año 2000, del **Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Minsal, 2000)**. Este Plan apuntaba a promover un modelo de atención comunitario de salud mental, con fuerte apoyo de la red de servicios de salud y con vínculos intersectoriales. Se enfatizaba un enfoque psicosocial, priorizando las acciones preventivas y la intervención temprana (Minolleti y Zaccaria, 2005; Gática-Saavedra, et al., 2020). Uno de sus ejes estratégicos fue la creación de servicios de salud mental y psiquiatría organizados en red, promoviendo la participación activa de los propios usuarios y sus familias (Minolleti y Zaccaria, 2005).

Cinco años después, en 2005, se implementó en el país una gran **Reforma al Sistema de Salud (2005)**, que introdujo una serie de cambios a nivel del funcionamiento de la institucionalidad y creó un régimen de garantías de acceso, calidad y aseguramiento financiero a un conjunto de prestación explícitas asociadas a programas, patologías y condiciones de salud (Minsal, 2017). Esta reforma definió, entre otras cosas, el Régimen de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), en base al cual se establecen las Garantías Explícitas en Salud (GES). Como resultado de esta iniciativa, en 2024 cinco patologías de salud mental tuvieron tratamiento asegurado en el sistema de salud mediante esta modalidad: depresión en personas de 15 años o más, esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, trastorno bipolar en personas de 15 años y más, y enfermedad de Alzheimer y otras demencias⁴⁴.

⁴⁴ Información extraída desde <https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonAuge>

Teniendo como antecedente los hitos previamente descritos, el Ministerio de Salud elaboró y publicó en el año 2017 el **Plan Nacional de Salud Mental** (Minsal, 2017), con el objetivo de recoger los principales aspectos de las dos experiencias anteriores, adaptándolos tanto a la reforma de la salud iniciada en 2005, como a los compromisos derivados de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, recientemente ratificada por Chile.

En este marco, y con el propósito de optimizar el trabajo de la red de servicios de salud mental, se lanzó en el año 2018 el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud (Minsal, 2018). Su objetivo central fue sustentar, en base a un enfoque de derechos, el desarrollo óptimo de la red de servicios de salud mental, de modo de mejorar su accesibilidad, equidad y capacidad de resolución de las distintas problemáticas de salud mental.

Durante este mismo año y *ad-portas* del inicio del segundo mandato del presidente Sebastián Piñera, su plan de gobierno incluía diversas medidas vinculadas a la temática de salud mental (Piñera, S. 2017). Entre ellas:

- i. Incorporar unidades polivalentes en los Centros de Reparación Especializada de Administración Directa, que coordinen la actuación de los centros hospitalarios y residenciales para NNA con enfermedades mentales severas o trastornos de conducta.
- ii. Elaborar una Política Nacional de Salud Mental y una de Deserción Escolar, así como también una relativa a la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, especialmente dirigida a NNA vulnerados e infractores de ley.
- iii. Promover una agenda de prevención del abuso sexual infantil y acompañamiento a las víctimas y sus familias, que potenciara los programas de acompañamiento y la red pericial para darle coherencia a la oferta estatal.
- iv. Fortalecer los tratamientos de salud mental, formando los profesionales adecuados y revisando los actuales protocolos de prevención y atención.
- v. Crear una canasta de prestaciones para adolescentes para detectar de manera temprana intentos suicidas y factores de riesgo de alcoholismo y drogadicción y elaborar un plan de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas que incluya la rehabilitación e integración social.

En el año 2018, producto de una crisis vinculada al desarrollo de niños, niñas y adolescentes (NNA), el gobierno del presidente Sebastián Piñera instauró una mesa de trabajo que tuviese como finalidad lograr un acuerdo transversal en el abordaje de la protección de NNA. Esta iniciativa, llamada **“Acuerdo Nacional por la Infancia”**, se vinculó de manera directa a la salud mental. Entre sus medidas, se incluyeron acciones destinadas a promover la salud de NNA en general, y de salud mental en particular, junto con distintas acciones de prevención en el consumo de alcohol y drogas, la inclusión de nuevas patologías relacionadas con salud mental en el GES, y la puesta en marcha del Plan de Acción para el Plan Nacional de Salud Mental (Minsal, 2018), cuyo principal objetivo fue fortalecer la implementación y la gestión del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025.

Adicionalmente, en la cuenta pública del 2018 se presentaron medidas de “acceso universal y gratuito a la educación temprana”, las cuales incluían acciones de salud mental, basado en evidencia sobre lo decisivo de los primeros años de vida en el desarrollo físico, emocional e intelectual de los NNA (Mensaje Presidencial, 2018).

Paralelamente, se comenzaron a desarrollar acciones relacionadas con la salud digital, que en 2019 se concretaron en el programa público **Hospital Digital**, a cargo del Departamento de Salud Digital del Ministerio de Salud. En sus orígenes, el programa puso en valor las experiencias exitosas de Telesalud que se estaban desarrollando en algunos Servicios de Salud, que fue variando con el tiempo, para incorporar la atención directa de pacientes a través de Telemedicina, ampliando la oferta

de especialistas y cobertura de atención de salud para la población e “instalando una alternativa al modelo tradicional” (Dipres, 2022, p8).

El programa Hospital Digital cuenta con un componente de atención de telemedicina sincrónica de salud mental (conocido como **Saludablemente**), a través del cual la población general que presenta la necesidad de atención de salud mental puede ser atendida (Dipres, 2022). El trabajo colaborativo entre servicios de salud, universidades, y otros sectores que promovió este programa, permitió el uso óptimo de los recursos para ofrecer cuidados y apoyos coherentes y coordinados, a pesar de que la participación de personas mayores y personas cuidadoras haya sido muy limitada (Irrazaval, M., 2021).

En su cuenta pública de 2019, el presidente Piñera anunció una serie de medidas para fortalecer la salud pública, incluyendo la construcción, entrega, e inicio de 50 hospitales y 160 centros de salud primaria, de los cuales 38 ya estaban en funcionamiento. Estas acciones tenían como objetivo reducir las listas y los tiempos de espera, enfocándose explícitamente en mejorar **la atención de enfermedades mentales, aumentando el número de médicos especialistas**” (Mensaje Presidencial 2019). Esto se complementa con la creación de Hospital Digital, el cual en su cuenta pública fue destacado, dado el rol fundamental que cumplió para *“descomprimir los Centros de Salud y la Atención Primaria y poder llegar a la ciudadanía con atención médica remota en campos tan importantes como la salud mental a través del Programa Saludablemente”* (Mensaje Presidencial, 2020).

En el marco de estas acciones, en 2020 se desencadenó la pandemia por COVID-19. Aunque sus efectos principales estaban relacionados con otros síntomas y tipos enfermedades, tuvo impacto directo en la salud mental de la población, posicionado el tema en el centro del debate público. En su mensaje presidencial, el presidente Piñera destacó entre sus principales acciones en materia de salud la “[creación de] un Fondo de Salud Extraordinario por U\$ 2 mil millones, para financiar la lucha contra el Covid y sus secuelas, fortalecer los servicios y cobertura del Hospital Digital, y reducir las listas de espera, **especialmente en atenciones de salud mental, especialistas y cirugías**” (Mensaje Presidencial, 2020).

En 2021, en el contexto de la campaña presidencial para el periodo 2022-2026, el programa de gobierno del presidente Gabriel Boric incluyó una serie de medidas enfocadas en la salud mental, entre las que destacan:

- i. Implementar un plan integral basado en la APS para abordar las consecuencias en salud mental del COVID-19.
- ii. Desarrollar un Plan de Cuidado de salud mental para los equipos de salud.
- iii. Como parte de un plan de reactivación del aprendizaje y bienestar, impulsar un Programa de Bienestar Socioemocional para comunidades educativas, con acciones colectivas para recuperar el sentido de pertenencia, seguridad y vínculo comunitario, junto con un programa de salud mental escolar.
- iv. Duplicar el presupuesto actual para la salud mental (que) ronda el 2,4% del total del presupuesto de salud, con miras a llegar al 6% recomendado por la OMS.
- v. Aprobar una ley de salud mental integral, que potencie el desarrollo de una red organizada en el modelo comunitario de salud mental, y asegure su adecuado financiamiento.
- vi. Fortalecer el modelo comunitario.
- vii. Fortalecer la atención de salud mental para personas LGBTIAQ+ desde la atención primaria, reconociendo las necesidades específicas de la diversidad sexual con foco en adolescentes y jóvenes, garantizando la atención desde un enfoque de Derechos Humanos y perspectiva de género.
- viii. En promoción y prevención de la salud mental, realizar un abordaje promocional y preventivo con participación de la comunidad a través de la formación de agentes comunitarios.

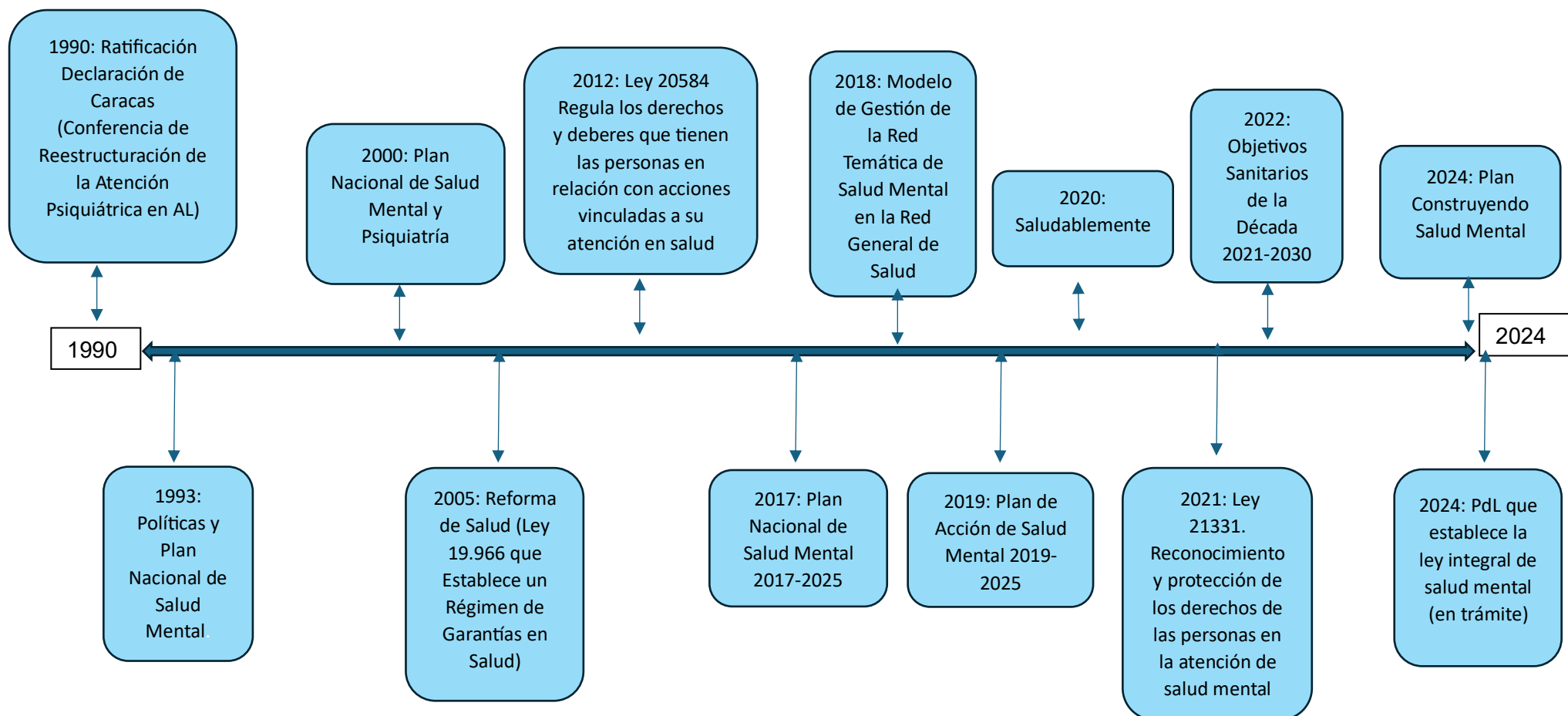
- ix. En salud mental con perspectiva de género, potenciar el trabajo con el Sistema Nacional de Cuidados, y generar programas integrales que se hagan cargo de las consecuencias en salud mental de la violencia de género en mujeres, NNA y disidencias.
- x. En Salud mental perinatal, fortalecer la red de Chile Crece Contigo y la pesquisa precoz de síntomas de salud mental en madres y padres.
- xi. Respecto del Sistema Nacional de Cuidados, garantizar el cuidado de todo NNA hasta los 14 años a través de la ampliación del subsistema Chile Crece Contigo, agregando un foco en la salud mental de NNA.

En sus primeros años de gobierno, el presidente Boric ha destacado las siguientes acciones como avances en la materia:

- “Construcción de 12 Centros de Salud Mental Comunitaria mediante una inversión de 36.000 millones de pesos” y “fortalecer el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil duplicando sus comunas y ampliando la cobertura a los 3 y 4 años” (Mensaje Presidencial 2022).
- “...Este marzo dimos inicio al Plan Nacional de Reactivación que busca reducir el ausentismo escolar, fortalecer los aprendizajes y mejorar la convivencia y la salud mental”, y “velando por el bienestar integral de la niñez de nuestro país, anuncio aquí la implementación de un Plan Integral para el Bienestar de Niños, Niñas y Adolescentes con énfasis en los territorios más vulnerables” (Mensaje Presidencial 2023).
- “Creación de la línea telefónica 4141 de prevención del suicidio”; “envío de un proyecto de ley de salud mental integral que aborde esta materia como un compromiso de Estado”, “(la) puesta en marcha del Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados, Chile Cuida (que) entre otros beneficios, tendrá acceso gratuito a atenciones de salud mental; y “la inclusión de personas con trastorno del espectro autista gracias a la Ley TEA, lo que ha significado formar y capacitar equipos multidisciplinarios para la detección temprana y atención integral de niños, niñas y sus familias ... (si bien) se revisará en detalle el funcionamiento de esta ley para poner más esfuerzo en su correcta implementación y destinar más recursos a ella” (Mensaje Presidencial 2024).
- Publicación del Plan Construyendo Salud Mental, cuyo objetivo principal es ampliar y reforzar las estrategias contenidas en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, y la Estrategia Nacional de Salud. Las actividades de este Plan se definen en base a 5 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 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.
 5. Fortalecer los datos, la evidencia y la investigación” (Minsal, 2024a, p.8).
- Finalmente, el envío en julio de 2024 para su tramitación en el Congreso del Proyecto de Ley Integral de Salud Mental (Minsal, 2024b), cuyo objetivo es promover y proteger la salud mental a través de un abordaje intersectorial, promoviendo la inclusión social y la vida independiente de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, y profundizando un modelo de atención de salud mental comunitario e integrado.

Un resumen de la trayectoria que ha tenido las distintas definiciones de la política pública que se han desarrollado en Chile en el último tiempo puede observarse en la siguiente figura:

Figura N°4: Trayectoria de la política pública en salud mental en Chile, período 1990-2024.



Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025

A partir de la documentación revisada, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 se constituye como el principal documento de política de salud mental a considerar para efectos de la presente evaluación, principalmente por fijar un conjunto de orientaciones estratégicas durante el periodo evaluado (2017-2023), y porque ha servido de base o referente para las propuestas y orientaciones de política que se han plasmado en nuevos documentos elaborados por el Ministerio de Salud.

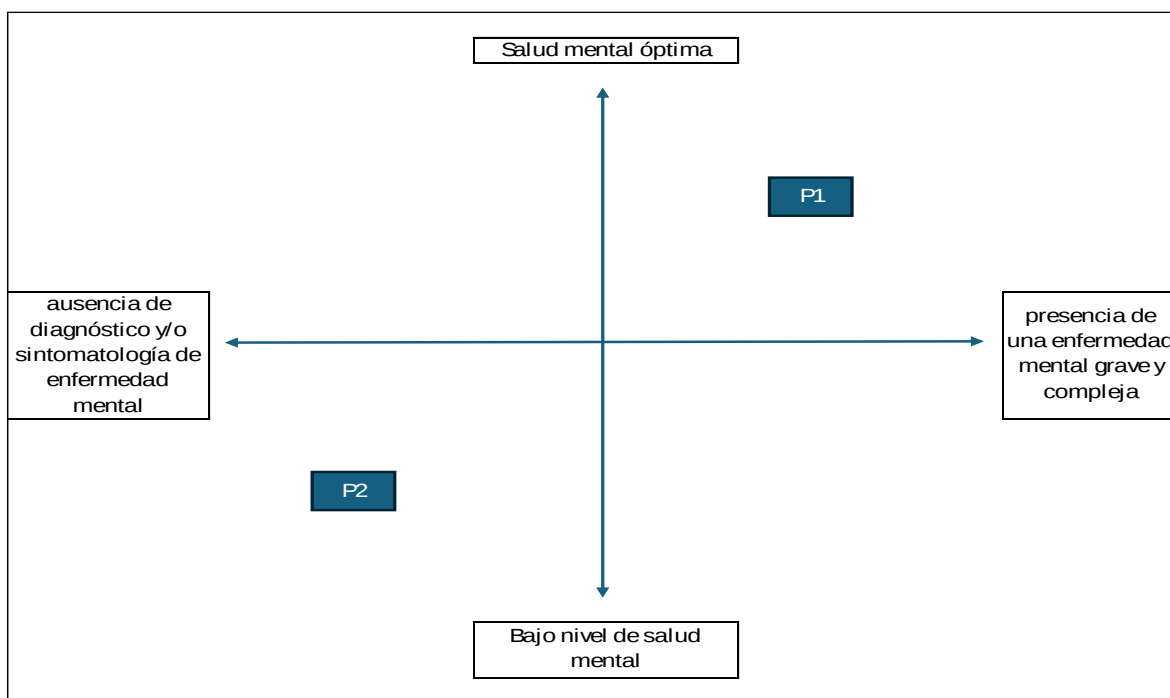
Este plan tiene como objetivo “contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario” (Minsal, 2017, p. 38).

En su diseño, se promueve un enfoque o modelo comunitario que “se centra en la persona, interactuando con su comunidad, funcionando en su pleno desarrollo y sobreponiéndose al concepto de medicina y psiquiatría, restringiendo la psiquiatría a la especialidad médica que se relaciona con la detección y recuperación de los trastornos o enfermedades mentales” (Gatica-Saavedra et al., 2020, p. 501). De esta forma, la atención en salud mental se entiende como un proceso que incluye la recuperación, la inclusión social y el ejercicio de derechos, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida.

Adicionalmente, el plan declara que el país promoverá la salud mental y el bienestar de la población por medio del desarrollo de acciones promocionales y preventivas, de carácter sectorial e intersectorial, incorporando como parte de su definición conceptual la necesidad de incluir los **determinantes sociales de la salud** al momento de elaborar e implementar acciones, planes y programas de política pública en salud mental. Esto implica considerar las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, con el fin de impulsar políticas integradas e intersectoriales que generen equidad en salud, y una mirada a lo largo del ciclo vital. Este “enfoque de curso de vida” representa un salto de un enfoque evolutivo a un enfoque interrelacional, vinculando las distintas etapas de la vida (Minsal, 2017).

Un aporte adicional del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 es la inclusión del “modelo de dos continuos” (ver figura N°5). Este modelo propone que, a lo largo de la vida, una persona puede ser diagnosticada con algún tipo de enfermedad mental compleja, pero al mismo tiempo, desarrollar un buen nivel de salud mental. Por otro lado, también sugiere que personas que, si bien no presentan un diagnóstico de enfermedad mental complejo, pueden enfrentar cuadros de bajo nivel de salud mental que requieran algún tipo de intervención.

Figura N°5: Modelo de dos continuos: niveles de salud mental por los que las personas pueden transitar a lo largo de su vida.



Fuente: elaboración propia en base a Minsal (2017).

En el modelo anterior, P1 representa a personas que, además de recibir tratamiento adecuado, cuentan con acceso a vivienda, trabajo y educación dignos, formas de protección social adecuadas, y un clima social y cultural de aceptación y respeto por las diferencias. Por otro lado, P2 representa a personas que no tienen oportunidades de realización, relaciones sociales nutritivas, ni competencias personales para lidiar con problemas cotidianos.

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 se despliega a través de las siguientes líneas de acción:

1. **Regulación y Derechos Humanos:** su objetivo es definir las necesidades regulatorias para la **protección de la salud mental** de la población, el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales y una adecuada atención sanitaria de aquellos/as que padecen un **problema o trastorno de salud mental**. También busca aumentar el grado de conciencia de las personas sobre sus derechos en materias de salud mental y definir mecanismos que permitan la exigibilidad de dichos derechos.
2. **Provisión de Servicios de Salud Mental:** busca establecer lineamientos y desarrollar estrategias para una adecuada provisión de servicios de salud mental, centrados en las necesidades de la población. Esto mediante la articulación de la oferta existente y la incorporación de servicios pertinentes a las nuevas necesidades de la población, en el marco de los modelos de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.
3. **Financiamiento:** tiene como principal objetivo desarrollar un plan de soporte financiero sustentable, que provea de recursos que permitan realizar acciones costo-efectivas y modificaciones organizacionales definidas por el Plan Nacional de Salud Mental, en el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

4. **Gestión de la Calidad, Sistemas de Información e Investigación:** esta línea tiene como propósito definir objetivos y estrategias que favorezcan la implementación de un sistema de evaluación y mejora continua de la calidad, como parte de la cultura organizacional de los servicios. Asimismo, busca fortalecer la generación de información continua a través de registros y sistemas de monitoreo, y fomentar y coordinar la investigación con el desarrollo de políticas públicas.
5. **Recursos Humanos y Formación:** busca desarrollar estrategias para aumentar la dotación en los niveles clínicos-asistenciales, de gestión y salud pública, y mejorar las condiciones laborales de quienes trabajan en salud mental. El objetivo es fortalecer su contribución a la salud mental de la población, impulsar el desarrollo continuo de competencias y mejorar la calidad de los tratamientos y la atención, con un impacto en la calidad de vida de las personas.
6. **Participación:** promueve espacios de participación social efectivos –en los niveles ejecutor, consultivo y decisor– sobre políticas, planes, programas e intervenciones de salud mental, por parte de la sociedad civil y la comunidad, con especial énfasis en usuarios, usuarias y familiares, y en aquellos grupos más vulnerables, postergados y excluidos.
7. **Intersectorialidad:** aunque las orientaciones y estrategias en salud mental son lideradas por el Ministerio de Salud, el Plan busca generar estrategias de articulación con otras áreas del Estado y la sociedad civil. Se promueve una colaboración activa para abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental, y, de este modo, mejorar la calidad de vida de las personas. Esta colaboración puede darse en distintos niveles: intercambio de información, acciones cooperativas y coordinadas, y procesos de integración para definir, formular, ejecutar y financiar políticas o programas con otros sectores.

Oferta Programática de Salud Mental

La presente sección tiene como objetivo identificar y proporcionar una descripción general de la oferta programática que implementa la política pública en salud mental, y que está constituida por todos aquellos programas o acciones programáticas que se relacionan, directa o indirectamente, con la implementación de una política de salud mental en Chile durante el período de evaluación definido (2017-2023).

1. Metodología de Categorización

A continuación, se describe el proceso y los criterios utilizados para la identificación y categorización de la oferta principal (OP) en salud mental, desarrollado en el marco de la evaluación sectorial realizada por la Dipres y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Este proceso de identificación y categorización tuvo como objetivo relevar la oferta pública existente en el país durante el periodo 2017-2023 orientada a la provisión de bienes y servicios de salud mental a la población. El proceso se estructuró en tres etapas principales:

- i. **Identificación de criterios mínimos:** Se establecieron criterios mínimos que debía cumplir un programa público para ser considerado como parte de la oferta principal de salud mental.
- ii. **Clasificación según población:** Los programas identificados fueron organizados en función del tipo de población al que estaban dirigidos (niños, niñas y adolescentes, adultos, personas mayores, entre otros).
- iii. **Clasificación según grado de centralidad de salud mental:** se evaluó el grado en que la salud mental se constituía como el foco central de cada programa público, considerando tanto los bienes y servicios provistos, como los problemas que buscan abordar.

La identificación y clasificación de la oferta principal se llevó a cabo a partir de dos fuentes principales: Base de datos del proceso de evaluación ex ante, y base de datos del proceso de monitoreo, realizado de manera conjunta por Dipres y MDSF durante el periodo 2017-2023⁴⁵.

2. Identificación de criterios mínimos.

Para ser considerados dentro de la evaluación sectorial de salud mental, todos los programas debieron cumplir, al menos, con los siguientes criterios mínimos:

- i. Programas identificados por parte de MDSF y Dipres como oferta pública.
- ii. Programas que se hayan implementado entre los años 2017- 2023, ambos años incluidos⁴⁶.
- iii. Programas que entreguen servicios de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario⁴⁷.

Para la identificación de estos programas se utilizó la definición de salud mental del Minsal-OMS, que la define como: *“la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común”*.

En una primera instancia, se revisaron 689 programas públicos, aplicando dos pasos metodológicos:

Paso 1: Revisión cualitativa del total de programas. Se analizó la oferta pública a partir de la metodología de Mapeo de la Oferta Pública, desarrollada desde el 2018 por la Dipres, la Subsecretaría de Evaluación Social (SES) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Esta metodología organiza a los programas públicos en 10 dimensiones de política pública, 46 problemas principales y 170 problemas específicos. A partir de esta categorización, profesionales de Dipres y la SES revisaron y clasificaron cada programa, considerando los criterios mínimos establecidos para ser reconocidos como parte de la oferta principal de salud mental.

Paso 2: Búsqueda de palabras claves. Se realizaron dos búsquedas utilizando el software estadístico R, sobre las bases de datos del proceso de monitoreo de programas públicos de los años 2022 y 2023. La selección de programas se basó en la identificación de al menos dos palabras claves relacionadas con salud mental en las siguientes variables: propósito; población potencial, objetivo y beneficiaria; problema principal o específico; estrategia de intervención; o componentes del programa.

En la base de monitoreo 2022, esta búsqueda preliminar arrojó 37 programas. Dado que la base 2023 no estaba disponible en ese momento, inicialmente no se aplicó esta búsqueda en ese año. Posteriormente, y tras una revisión detallada de las fichas de monitoreo de los principales programas inicialmente identificados, se amplió el set de palabras clave y se repitió la búsqueda. Se identificaron 33 programas adicionales en la base 2022 y 7 de la base 2023.

Como resultado del proceso de revisión cualitativa y búsqueda automatizada, se identificaron 99 programas públicos que entregan bienes y servicios vinculados a la salud mental.

3. Clasificación de la oferta programática según población

⁴⁵ <https://bips.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/exDure>

⁴⁶ Programa cuyo inicio fue posterior al año 2017 y/o termino fue antes del año 2023, no han sido considerados en la OP.

⁴⁷ En coherencia con los objetivos del Plan Nacional de Salud Mental.

Los 99 programas públicos que cumplían con los criterios mínimos fueron clasificados según las poblaciones específicas a las que están dirigidos. Esta categorización se construyó a partir de las poblaciones, grupos priorizados y mesas sectoriales definidas en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (Minsal, 2017). En el caso específico de programas dirigidos a personas cuidadoras, se utilizó información de Chile Cuida⁴⁸.

Tabla N°5: Categorías de programas según población

Población a la que se orientan	Descripción
Programas de carácter universal	Programas que entregan servicios de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada de salud mental e inclusión social a población en general.
Programas dirigidos a niños, niñas y adolescentes (NNA)	Programas que, desde un enfoque de curso de vida, se orientan a entregar y/o fortalecer en niños, niñas y adolescentes condiciones ambientales, afectivas y sociales necesarias para que desarrollen sus potencialidades y alcancen una condición de bienestar biopsicosocial.
Programas dirigidos a Niños, niñas y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a Ley de Responsabilidad Penal Adolescente	Programas destinados a niños, niñas y adolescentes que enfrentan situaciones de alta vulnerabilidad psicosocial, incluyendo aquellos cuyos derechos han sido vulnerados o sujetos a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente.
Programas dirigidos a población económicamente activa (PEA)	Programas que entregan bienes y servicios orientados a promover ambientes laborales saludables y reducir factores que condicionan problemas o trastornos mentales, tales como estrés crónico, falta de participación, sobrecarga laboral, discriminación y falta de reconocimiento.
Programas dirigidos a personas con discapacidad asociada a trastornos mentales	Programas que brindan acciones de asistencia, intermediación o cuidado para personas con discapacidad, facilitando la realización de actividades diarias y su participación en ámbitos sociales, económicos, laborales, educacionales, culturales o políticos, superando barreras de movilidad o comunicación para favorecer su autonomía funcional.
Programas dirigidos a personas con problemas o potenciales problemas de consumo de alcohol y drogas	Programas que ofrecen bienes y servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación relacionados con el consumo de alcohol y drogas, desde un enfoque de salud pública.
Programas dirigidos a personas mayores	Programas orientados a promover el bienestar de las personas mayores y mejorar su calidad de vida, reconociéndolas como sujetos de derecho y no meros objetos de protección. Estos programas consideran tanto a las personas mayores autovalentes como aquellas en situación de dependencia.
Programas dirigidos a personas víctimas de violencia intrafamiliar y violencia de género	Programas que entregan bienes y servicios de prevención, y recuperación para víctimas de violencia intrafamiliar y violencia de género.

⁴⁸ “Chile Cuida: Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados” es una red que conecta instituciones, programas y servicios para ofrecer apoyos y cuidados a personas que requieren asistencia en actividades diarias y a las personas cuidadoras. Está diseñado para abordar de manera integral las necesidades de cuidado en Chile, especialmente en sectores vulnerables (<https://chilecuida.cl/chile-cuida/>)

Programas dirigidos a personas privadas de libertad	Programas que entregan bienes y/o servicios orientados a las necesidades particulares de esta población, en concordancia con el respeto a los derechos humanos, enfatizando criterios de rehabilitación y reinserción a la comunidad.
Programas dirigidos a personas en situación de calle	Programas que otorgan bienes y/o servicios con un abordaje integral dirigido a personas en situación de calle, reconociendo que ésta es una problemática social que incide en su estado de salud general y salud mental, y que buscan eliminar barreras de acceso a atención.
Programas dirigidos a personas inmigrantes, solicitante de refugio, refugiada y desplazada	Programas que entregan bienes y/o servicios a personas inmigrantes, solicitante de refugio, refugiada y desplazada para minimizar las consecuencias negativas del proceso migratorio en la salud mental de estas personas.
Programas dirigidos a personas pertenecientes a pueblos indígenas	Programas que entregan bienes y servicios considerando perfiles epidemiológicos específicos, además de factores sociales, ambientales, históricos y culturales derivados de la violencia estructural, discriminación, desarraigo y falta de oportunidades que afectan a los pueblos indígenas.
Programas dirigidos a personas cuidadoras	Programas que brindan bienes y servicios a personas que asisten a otros en actividades diarias de manera temporal o permanente, debido a edad, dependencia o discapacidad.
Programas dirigidos a personas víctimas de delitos	Programas que entregan bienes y servicios enfocados en la prevención, respuesta y recuperación de personas afectadas por delitos, en el marco del desarrollo sustentable.
Programas dirigidos a personas víctimas de emergencia y/o desastres	Programas que entregan bienes y servicios a personas expuestas a emergencias o desastres naturales (sismos, inundaciones, incendios, etc.), considerando acciones de prevención, respuesta y recuperación según planes de gestión de riesgos.

Fuente: Elaboración propia en base a Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 del Ministerio de Salud y Sistema Nacional de Cuidados.

Es importante señalar que los 99 programas que cumplían con los criterios mínimos pudieron ser clasificados dentro de estas categorías.

4. Clasificación de la oferta programática según grado de centralidad de salud mental

Una tercera etapa consistió en clasificar la oferta pública principal en salud mental, identificada previamente, según el grado de centralidad o relevancia del bien y/o servicio entregado en función del propósito problema principal que se busca abordar. Para ello, se revisaron los 99 programas previamente seleccionados, analizando el propósito, el problema abordado y sus componentes.

Como resultado, los programas fueron clasificados en dos categorías: oferta relevante (OR) y oferta complementaria (OC). La oferta relevante agrupa a aquellos programas cuyo propósito principal está directamente vinculado a salud mental, es decir, que abordan un problema público relacionado con la esta temática o cuyo propósito o resultado esperado en la población identificada está centrado en ella.

Por su parte, la oferta complementaria incluye programas que no tienen como objetivo principal la salud mental, pero que entregan algún componente o intervención en este ámbito a la población, como por ejemplo intervenciones psicosociales.

De esta clasificación, 51 programas fueron catalogados como parte de la oferta relevante y 48 como oferta complementaria. La siguiente tabla muestra el detalle de esta clasificación de la oferta pública en salud mental⁴⁹:

Tabla N°6: Mapa de la Oferta Programática en Salud Mental

Categoría	Oferta Relevante - OR (Nombre del programa/nombre del Servicio)	Oferta Complementaria - OC (Nombre del programa/nombre del Servicio)
Programas de carácter universal	1. Hablemos de Todo. Instituto Nacional de la Juventud 2. Apoyo a la Atención en Salud Mental. Subsecretaría de Servicios Sociales 3. Camas Socio Sanitarias. Subsecretaría de Redes Asistenciales 4. Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS. Subsecretaría de Redes Asistenciales 5. Programa de Salud Trans. Subsecretaría de Redes Asistenciales 6. Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Subsecretaría de Salud Pública	1. Fonoinfancia. Subsecretaría de Educación Parvularia 2. Elige Vida Sana. Subsecretaría de Redes Asistenciales 3. Hospital Digital. Subsecretaría de Redes Asistenciales 4. Plan Comunicacional - Elige Vivir Sano. Subsecretaría de Salud Pública 5. Salud Responde. Subsecretaría de Salud Pública
Programas dirigidos a niños, niñas y adolescentes (NNA)	1. Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil. Subsecretaría de la Niñez 2. Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil. Subsecretaría de la Niñez 3. Oficinas de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia (OPD). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	1. Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial. Subsecretaría de la Niñez 2. Escuelas Saludables para el Aprendizaje. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas 3. Habilidades para la Vida. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas 4. Habilidades para la Vida II. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas 5. Habilidades para la Vida III. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas 6. Programa Piloto de Obesidad. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas 7. Convivencia Escolar. Subsecretaría de Educación 8. Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo a la Educación Superior (PACE). Subsecretaría de Educación Superior

⁴⁹ Ver Anexo 1, una breve descripción de cada programa.

		9. Espacios Amigables. Subsecretaría de Redes Asistenciales 10. Orquestas Comunales del Catastro FOJI. Subsecretaría de las Culturas y las Artes 11. Orquestas Propias de FOJI. Subsecretaría de las Culturas y las Artes
Programas dirigidos a niños, niñas y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a Ley de Responsabilidad Penal Adolescente	1. Abriendo Caminos. Subsecretaría de la Niñez 2. Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 3. Programa de Intervención con Niños y Niñas institucionalizados y su preparación para la integración a familia alternativa (PRI). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 4. Programa de Prevención Focalizada para Niños, Niñas y Adolescentes Vulnerados en sus Derechos (PPF). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 5. Programa de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 6. Programa 24 Horas. Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 7. Programas de Protección Especializada a Víctimas de Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente (PEE). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 8. Residencia de Protección para Primera Infancia (RLP). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	1. Oficina Local de la Niñez. Subsecretaría de la Niñez 2. Familias de Acogida (FAE OCA). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 3. Intervención Especializada en Adopción (ex Programa del Niño Susceptible de ser Adoptado). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 4. Programa de Intervención Integral Especializada (PIE). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 5. Residencias de Protección para Madres Adolescentes (RMA). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 6. Lazos. Subsecretaría de Prevención del Delito 7. Justicia Juvenil - Apoyo Socioeducativo para Jóvenes Infractores de Ley (ASE). Servicio Nacional de Menores 8. Justicia Juvenil - Centro de Sanciones Régimen Cerrado (CRC). Servicio Nacional de Menores 9. Justicia Juvenil - Centros de Internación Provisoria (CIP). Servicio Nacional de Menores 10. Justicia Juvenil - Centros de Sanciones Semicerrado (CSC). Servicio Nacional de Menores 11. Justicia Juvenil - Intermediación Laboral para Jóvenes Sancionados (PIL). Servicio Nacional de Menores 12. Justicia Juvenil - Libertad Asistida Especial (PLE). Servicio Nacional de Menores

	9. Residencias de Protección para Mayores (RPM). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 10. Residencias Familiares. Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 11. Residencias Familiares AADD. Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 12. Residencias Familiares de Adolescencia Temprana de Administración Directa. Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 13. Intervención para Jóvenes que Cumplen Condena en Secciones Juveniles. Gendarmería de Chile 14. Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente. Subsecretaría de Redes Asistenciales	13. Justicia Juvenil - Servicios en Beneficio de Comunidad y Reparación Daño (SBC). Servicio Nacional de Menores
Programas dirigidos a población económicamente activa (PEA)	Sin Programas Identificados	1. Prevención en Espacios Laborales (Trabajar con Calidad de Vida). Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol 2. Programa Servicios Sociales. Subsecretaría del Trabajo
Programas dirigidos a personas con discapacidad asociada a trastornos mentales	1. Corporación de Ayuda al Niño Limitado (COANIL). Servicio Nacional de la Discapacidad 2. Programa de Protección Ambulatoria para Niños Niñas y Adolescentes Vulnerados en sus Derechos con Discapacidad Grave (PAD). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 3. Residencias de Protección para Niños, Niñas en Situación de Discapacidad (RDD). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	1. Apoyo a la Implementación de Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR). Servicio Nacional de la Discapacidad 2. Modelos residenciales para adultos en situación de discapacidad. Servicio Nacional de la Discapacidad

	- Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia. Subsecretaría de Redes Asistenciales - Plan Nacional de Demencia. Subsecretaría de Redes Asistenciales - Programa Residencias y Hogares Protegidos. Subsecretaría de Redes Asistenciales - Programa Salud mental en la atención primaria de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales - Subsidio de Discapacidad (Ex Subsidio de Discapacidad Mental). Instituto de Previsión Social	
Programas dirigidos a personas con problemas o potenciales problemas de consumo de alcohol y drogas	- Programa Tratamiento para Jóvenes y Adolescentes Ingresados al Sistema Penal por Ley N° 20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros Trastornos de Salud Mental. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - Programa Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas. Servicio Nacional para la	- Fono Drogas y Alcohol. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol - Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas. Subsecretaría de Redes Asistenciales

	Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	
Programas dirigidos a personas mayores	1. Condominio de Viviendas Tuteladas para Adultos Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor	1. Buen Trato al Adulto Mayor. Servicio Nacional del Adulto Mayor 2. Envejecimiento Activo. Servicio Nacional del Adulto Mayor 3. Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor 4. Fondo Subsidio ELEAM. Servicio Nacional del Adulto Mayor 5. Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos – SsyOO. Subsecretaría de Servicios Sociales
Programas dirigidos a personas víctimas de violencia intrafamiliar y violencia de género	1. Programa Especializado en Intervención con Adolescentes con Conductas Abusivas de Carácter Sexual (PAS). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia 2. Atención, Protección y Reparación en Violencia contra las Mujeres. Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género.	Sin Programas Identificados
Programas dirigidos a personas privadas de libertad	1. Apoyo para la Integración Social (Ex Programa de Apoyo a la Integración Social). Gendarmería de Chile 2. Centros de Educación y Trabajo Semiabiertos. Gendarmería de Chile 3. Creciendo Juntos. Gendarmería de Chile 4. Intervención para Libertad Condicional. Gendarmería de Chile 5. Reinserción Social en Convenio con Ministerio del Interior. Gendarmería de Chile 6. Reinserción Social para las Personas Privadas de Libertad. Gendarmería de Chile	Sin Programas Identificados
Programas dirigidos a personas en situación de calle	1. Apoyo a Personas en Situación de Calle – SsyOO. Subsecretaría de Servicios Sociales 2. Tratamiento y Rehabilitación para Personas en Situación de	1. Centros Temporales para la Superación. Subsecretaría de Servicios Sociales 2. Red Calle Niños/as. Subsecretaría de Servicios Sociales

	Calle con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	3. Vivienda Primero. Subsecretaría de Servicios Sociales 4. Programas Especializados con Niños Niñas y Adolescentes en Situación de Calle (PEC). Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia
Programas dirigidos a personas inmigrantes, solicitante de refugio, refugiada y desplazada	Sin Programas Identificados	Sin Programas Identificados
Programas dirigidos a personas pertenecientes a Pueblos Indígenas	Sin Programas Identificados	Sin Programas Identificados
Programas dirigidos a personas cuidadoras	1. Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa - Subsecretaría de Redes Asistenciales 2. Red Local de Apoyos y Cuidados – RLAC. Subsecretaría de Servicios Sociales	1. Centro de Cuidados para Niños/as por Trabajos de Temporada (Ex Centro para Hijos para Niños/as de Cuidadores Principales Temporeros). Subsecretaría de Servicios Sociales
Programas dirigidos a personas víctimas de delitos	1. Programa de Apoyo a Víctimas. Subsecretaría de Prevención del Delito 2. Programa de Apoyo a Víctimas de Violencia Rural. Subsecretaría del Interior	1. Somos Barrio (Ex Barrios Prioritarios). Subsecretaría de Prevención del Delito 2. Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS). Subsecretaría de Redes Asistenciales
Programas dirigidos a personas víctimas de emergencia y/o desastres	Sin Programas Identificados	1. CERT (Equipos Comunitarios para Respuesta en Emergencias). Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres

Fuente: elaboración propia en base a información de Sistema de Monitoreo de Programa 2023, Dipres & SES.

El recuento total de programas se puede ver en la siguiente tabla:

Tabla N°7: Resumen de la OP en Salud Mental.

Categoría por Población	OR	OC	Total
Programas de carácter universal	6	5	11
Programas dirigidos a niños, niñas y adolescentes (NNA)	3	11	14
Programas dirigidos a niños, niñas y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos y/o sujetos a Ley de Responsabilidad Penal Adolescente	14	13	27
Programas dirigidos a población económicamente activa (PEA)	0	2	2
Programas dirigidos a personas con discapacidad asociada a trastornos mentales	8	2	10

Programas dirigidos a personas con problemas o potenciales problemas de consumo de alcohol y drogas	5	2	7
Programas dirigidos a personas mayores	1	5	6
Programas dirigidos a personas víctimas de violencia intrafamiliar y violencia de género	2	0	2
Programas dirigidos a personas privadas de libertad	6	0	6
Programas dirigidos a personas en situación de calle	2	4	6
Programas dirigidos a personas inmigrantes, solicitante de refugio, refugiada y desplazada	0	0	0
Programas dirigidos a personas pertenecientes a Pueblos Indígenas	0	0	0
Programas dirigidos a personas cuidadoras	2	1	3
Programas dirigidos a personas víctimas de delitos	2	2	4
Programas dirigidos a personas víctimas de emergencia y/o desastres	0	1	1
Total	51	48	99

Fuente: elaboración propia en base a información de Sistema de Monitoreo de Programa 2023, Dipres & SES.

Análisis descriptivo de la oferta

A continuación, se presenta un análisis descriptivo de la oferta programática de salud mental identificada en la sección anterior, que incluye la categorización realizada por los analistas de Dipres y la SES. Para efectos de presentar la información de manera más clara, se han acotado los nombres de las categorías mencionadas anteriormente.

Para la elaboración de las estadísticas se utilizó información del Proceso de Monitoreo de la Oferta Pública del año 2023. Este proceso se realiza anualmente por la Subsecretaría de Evaluación Social (SES) y la Dirección de Presupuestos (Dipres) y tiene como propósito principal generar información sobre el desempeño de la totalidad de programas públicos catastrados, pronunciándose sobre las dimensiones de focalización, eficiencia y eficacia. Para ello, se revisa la información reportada por diversas instituciones estatales sobre la ejecución de los programas públicos durante el año anterior.

Durante el año 2023, se monitoreó la ejecución de un total de 689 programas públicos, de los cuales 480 (un 69,7% del total) fueron identificados como programas sociales, mientras que 209 (30,3% del total) como no sociales. Dentro de esta oferta programática, se identificaron 99 programas que, según el análisis realizado, constituyen la oferta programática en salud mental.

Antecedentes e historial evaluativo

La Tabla N°8 muestra la distribución del número de programas públicos según ministerio y servicios responsables. Se puede observar que el total de 99 programas de la oferta en salud mental pertenecen a 8 Ministerios, siendo el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) el que concentra la mayor cantidad de programas, con un total de 42, lo que representa el 42,4% del total de la oferta analizada. En contraste, el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género cuenta con solo 1 programa, lo que representa un 1% de la oferta total.

Estos 8 ministerios cuentan, en conjunto, con 22 servicios responsables de la ejecución de los programas. Entre ellos destacan el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (dependiente de MDSF) con 20 programas (20,2% del total), seguido de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud con 14 programas (14,1%)

Tabla N°8: Distribución de programas según Ministerio y Servicio

	N° de programas
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	42
Instituto Nacional de la Juventud	1
Servicio Nacional de la Discapacidad	3
Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	20
Servicio Nacional del Adulto Mayor	5
Subsecretaría de la Niñez	5
Subsecretaría de Servicios Sociales	8
Ministerio de Educación	8
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	5
Subsecretaría de Educación	1
Subsecretaría de Educación Parvularia	1
Subsecretaría de Educación Superior	1
Ministerio de Interior y Seguridad Pública	13
Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres	1
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	8
Subsecretaría de Prevención del Delito	3
Subsecretaría del Interior	1
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	14
Gendarmería de Chile	7
Servicio Nacional de Menores	7
Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	1
Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género	1
Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio	2
Subsecretaría de las Culturas y las Artes	2
Ministerio de Salud	17
Subsecretaría de Redes Asistenciales	14
Subsecretaría de Salud Pública	3
Ministerio de Trabajo y Previsión Social	2
Instituto de Previsión Social	1
Subsecretaría del Trabajo	1
Total	99

Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo 2023

En el marco del Sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E) los distintos programas han sido evaluados en distintas fases de su ciclo de vida. Tal como lo muestra la figura 6, en términos generales el sistema contempla tres procesos fundamentales: la evaluación *ex ante*, que corresponde a un análisis del diseño de programas nuevos o que planteen reformularse significativamente; la evaluación *ex dure* o de monitoreo, centrada en el análisis de su

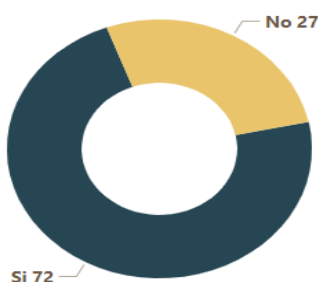
implementación anual; y la evaluación *ex post*, orientada a identificar los resultados obtenidos a mediano o largo plazo.

Figura N°6: Sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E) de la Oferta Pública



Del total de 99 programas analizados, un 72,7% ha contado con una evaluación de diseño o *ex ante* en algún momento de su ciclo de vida. De estos, 65 obtuvieron la calificación Recomendado Favorablemente (RF), 6 fueron Objetados Técnicamente (OT) y 1 programa fue calificado con Falta de Información (FI)⁵⁰. Por el contrario, un 27,3% de los programas no ha contado con una evaluación a su diseño (Figura 7).

Figura N°7: Programas que cuentan con evaluación ex ante (N=99)

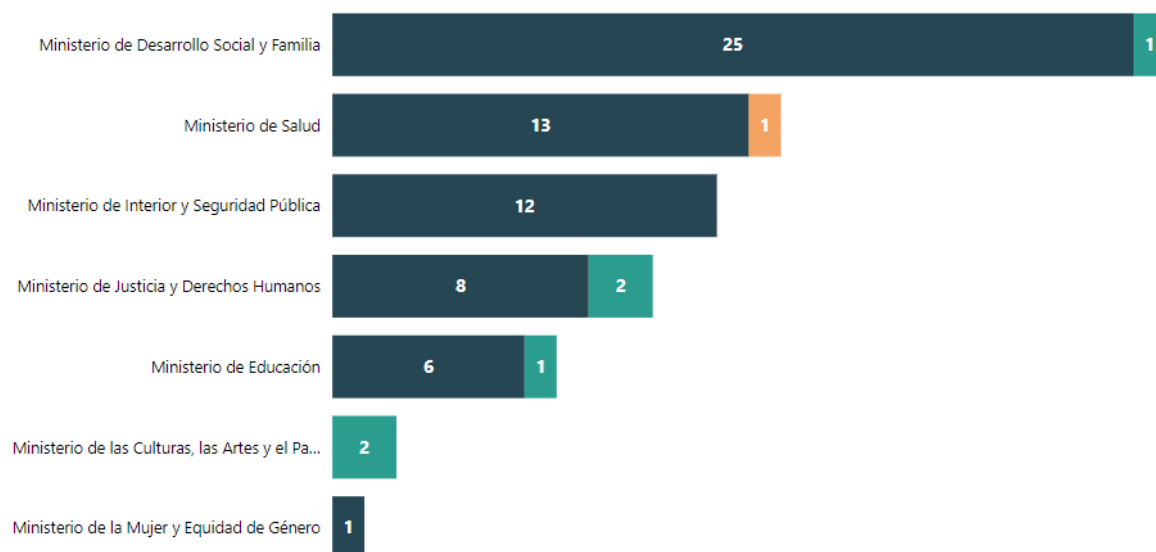


Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo 2023

⁵⁰ Se consideran tres calificaciones: Recomendado Favorable (RF), que da cuenta que el programa cumple con el estándar técnico referido a la atingencia, coherencia y consistencia del diseño; Objetado Técnicamente (OT), que establece los aspectos técnicos que el programa no cumple; y, Falta de Información (FI), en el caso que el programa no presente toda la información requerida para efectuar su evaluación y, por lo tanto, no continúa con el proceso de *ex ante*.

Figura N°8: Programas con evaluación ex ante por Ministerio (N=72)

Evaluación ex ante ● Recomendado favorablemente ● Objetado técnicamente ● Falta información

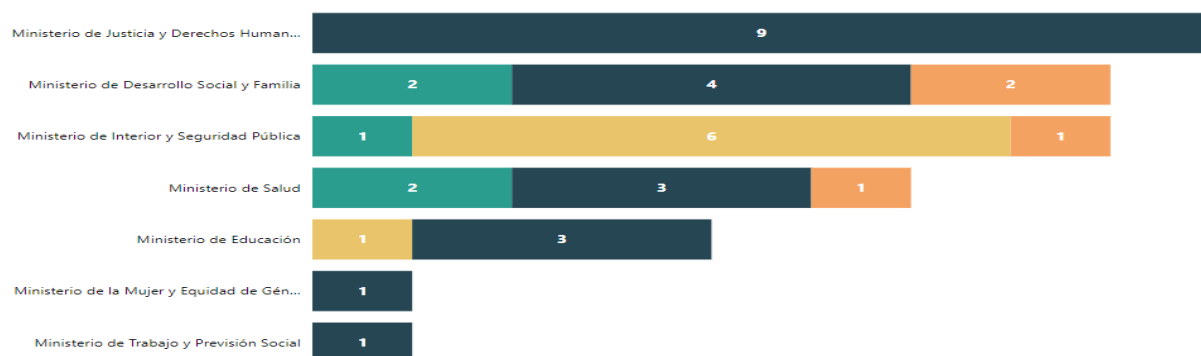


Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo 2023

El análisis de las evaluaciones de programas por Ministerio, presentado en la figura 8, muestra que el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, y del Interior y Seguridad Pública alcanzaron una proporción del 100% de programas recomendados favorablemente (RF). En tanto, los Ministerios de Educación, Justicia y Derechos Humanos, Salud, y Desarrollo Social y Familia presentan porcentajes de recomendaciones favorables que varían entre el 80% y el 96,2%. Por el contrario, el Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio no logró obtener alguna calificación favorable.

Figura N°9: Programas con evaluación ex post por ministerio (N=37)

Tipo evaluación ex post ● EFA ● EI ● EPG ● ES



Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo 2023

Por otro lado, 37 programas han sido parte de alguna evaluación *ex post* realizada por la Dipres, lo que representa un 37,4% del total de la oferta en salud mental (ver figura 9). Estas evaluaciones corresponden a Evaluaciones de Impacto (EI), Evaluaciones de Programas Gubernamentales (EPG), Evaluaciones Focalizadas de Ámbito (EFA) y/o Evaluaciones Sectoriales (ES)⁵¹.

Se observa una clara predominancia de programas que han sido evaluados a través de la modalidad de Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), con un total de 21 casos. El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos encabeza esta categoría, con nueve programas evaluados, todos mediante EPG. Le sigue el Ministerio del Interior y Seguridad Pública, con ocho programas evaluados, lo que equivale al 61,5% de su oferta en salud mental. De estos, seis fueron evaluados a través de la modalidad Evaluación de Impacto (EI), uno fue parte de una Evaluación Sectorial (ES), y otro de una Evaluación Focalizada de Ámbito (EFA).

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) cuenta con ocho programas evaluados, lo que representa un 19% de su oferta en salud mental. De ellos, cuatro corresponden a EPG, dos a EFA y otros dos fueron parte de una ES.

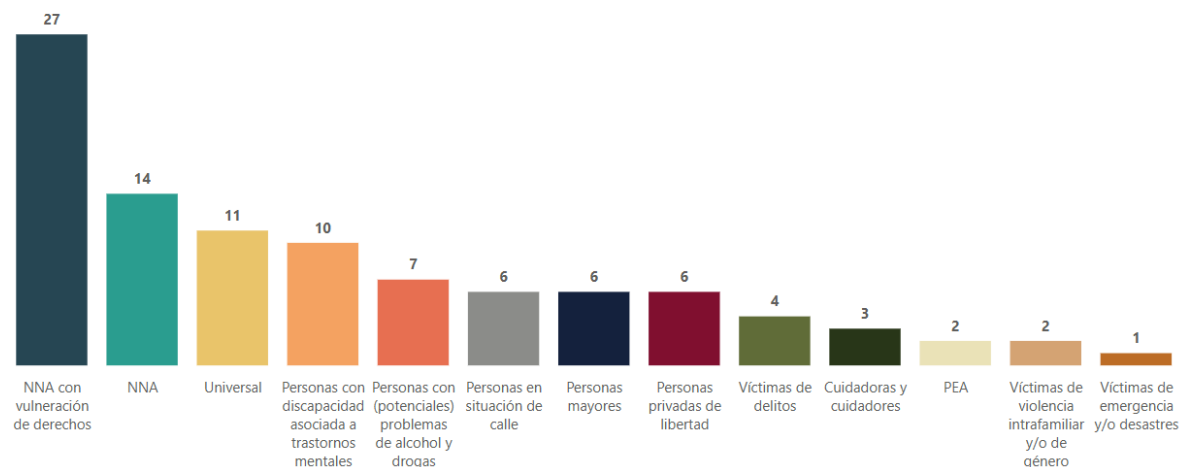
Por su parte, seis programas del Ministerio de Salud han sido evaluados, distribuidos en EPG (3), EFA (2) y ES (1). En contraste, el Ministerio de Educación cuenta con cuatro programas evaluados, en las categorías de EI (1) y EPG (3).

Finalmente, el Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio no ha tenido programas que hayan sido evaluados *ex post*.

Poblaciones y cobertura

Al clasificar la oferta en salud mental según el tipo de población que se busca abordar, se observa que la mayoría de los programas están dirigidos a niños, niñas y adolescentes con vulneración de derechos y/o sujetos a Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, con un total de 27 programas. La siguiente categoría corresponde a la de niños, niñas y adolescentes en general, con 14 programas (figura 10).

Figura N°10: Recuento de programas según población a la que se orientan (N=99)



⁵¹ Para ver una descripción de cada línea de evaluación, ver en <https://www.dipres.gob.cl/598/w3-propertyvalue-24916.html>

Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo 2023.

Por el contrario, la población económicamente activa (PEA) y víctimas de violencia intrafamiliar y/o de género son de las menos representadas, con 2 programas vinculados a la salud mental para cada una de estas poblaciones, al igual que víctimas de emergencia y/o desastres con solo un programa. Además, es importante señalar que no se identificaron programas públicos que proporcionen bienes y/o servicios relacionados con la salud mental para personas inmigrantes, solicitantes de refugio, refugiadas y desplazadas, así como para personas pertenecientes a pueblos indígenas. Por lo tanto, estas categorías no están representadas en la figura anterior.

En relación al análisis de cobertura de los programas identificados, entendida como la proporción de la población beneficiaria que es atendida anualmente, en relación a la población objetivo, que corresponde a aquella que se planifica atender en el mediano plazo, es posible señalar que, en términos generales, se observa una disminución de la cobertura de los 99 programas durante los últimos cuatro años. Así en 2023, sólo un 48,8% de la población objetivo fue atendida, en contraste con el 68,4% registrado en 2020 (ver tabla 9).

Tabla N°9: Promedio de cobertura según categoría entre 2020 y 2023⁵²

Categoría de Población	Promedio de Cobertura			
	2020	2021	2022	2023
Cuidadoras y cuidadores	46,9%	49,2%	37,2%	37,7%
NNA	71,7%	68,4%	52,1%	40,5%
NNA con vulneración de derechos	83,9%	68,9%	69,5%	67,5%
PEA	100%	79,1%	72,3%	22,3%
Personas con (potenciales) problemas de alcohol y drogas	51,1%	62,1%	67,3%	51,6%
Personas con discapacidad asociada a trastornos mentales	95,1%	79,8%	77,9%	70,1%
Personas en situación de calle	52,1%	29,5%	27,9%	33,9%
Personas mayores	43,9%	19,2%	19,4%	26,5%
Personas privadas de libertad	57,9%	47,2%	35,7%	51,9%
Universal	33,9%	28,6%	44,0%	19,0%
Víctimas de violencia intrafamiliar y/o de género	87,5%	60,8%	61,9%	58,7%
Víctimas de emergencia y/o desastres	10,4%	14,6%	20,7%	21,0%
Víctimas de delitos	56,9%	79,9%	51,3%	43,4%
Total	68,6%	58,6%	55,1%	48,8%

Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo de 2020 a 2023

Del promedio de cobertura para el periodo 2020-2023 por tipo de poblaciones, se desprende que, en el caso de cuidadoras y cuidadores, la cobertura disminuyó de un 46,9% en 2020 a 37,7% en 2023. La tendencia para la categoría NNA general también es decreciente, pasando de un 71,7% en

⁵² Este análisis considera solo el período 2020-2023, dado que no se cuenta con información completa de beneficiarios y gasto total ejecutado para años previos al 2020.

2021 a un 40,5% en 2023. Cabe destacar que este es el grupo que presenta la segunda mayor reducción en el periodo analizado, con una disminución de 31,2 puntos porcentuales.

El grupo con el mayor descenso es el de la población económicamente activa (PEA), cuya cobertura pasó de 100% en 2020 a solo 22,3% en 2023, esto se explica porque hasta el proceso de monitoreo del año 2022 el programa Prevención en Espacios Laborales (Trabajar con Calidad de Vida) había estado subestimando la población objetivo, lo que fue corregido el año 2023 (pasando de 726 organizaciones en 2022 a 209.255 en 2023), mientras que la población beneficiaria aumentó, mas no en la misma proporción (de 701 organizaciones beneficiadas en 2022 a 799 el año siguiente). En cuanto a las personas con discapacidad asociada a trastornos mentales, aunque su cobertura se ha mantenido relativamente alta, también experimentaron una reducción, bajando del 95,1% en 2020 al 70,1% en 2023.

La categoría de personas en situación de calle cuenta con un programa que comenzó a reportar en el monitoreo el año 2021 y otros dos en 2022, por lo cual se ve afectada su cobertura a la baja.

Entre las categorías que aumentaron su cobertura se encuentra víctimas de emergencia y/o desastres y víctimas de delitos, la cual cuenta con un solo programa, CERT (Equipos Comunitarios para Respuesta en Emergencias).

Gasto ejecutado

El análisis de la evolución del gasto total ejecutado por tipo de población entre 2020 y 2023 revela un crecimiento global del 13,7%.

Algunas poblaciones destacan debido al aumento en el gasto ejecutado por los programas que las atienden. Por ejemplo, en la categoría de cuidadoras y cuidadores este aumento se debe principalmente a que los gastos ejecutados por los programas Centro de Cuidados para Niños/as por Trabajos de Temporada y Red Local de Apoyos y Cuidados – RLAC incrementaron un 458% y un 62% respectivamente entre los años 2020 y 2023, de \$91 millones a \$512 millones para el primero y de \$7.706 millones a \$12.519 millones para el segundo programa. Esto se explica porque en el año 2020 el programa Centro de Cuidados para Niños/as por Trabajos de Temporada tuvo una subejecución presupuestaria debido a la pandemia COVID-19, resultando así en un gasto más bajo de lo normal. Red Local e Apoyos y Cuidados, en cambio, ha mantenido un crecimiento gradual durante el período mencionado.

De manera similar, el gasto ejecutado en personas en situación de calle incrementó un 72,1% entre 2020 y 2023. Aunque este incremento se debe exclusivamente a que los programas Red Calle Niños/as y Tratamiento y Rehabilitación para Personas en Situación de Calle con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol comenzaron a reportar en monitoreo el año 2022 y Vivienda Primero el año 2021.

Por otra parte, el incremento en el gasto ejecutado en la categoría de poblaciones con discapacidad asociada a trastornos mentales de un 48,6%, se explica principalmente por el inicio del programa Salud Mental en la APS en el año 2022 y por el incremento del gasto ejecutado en el programa Subsidio de Discapacidad.

Un último punto por destacar es la categoría de víctimas de emergencia y/o desastres, que contiene solamente el programa CERT (Equipos Comunitarios para Respuesta en Emergencias), cuyo aumento es de un 111,2% si bien con un presupuesto más bajo en comparación con las demás categorías.

Tabla N°10: Evolución de gasto total ejecutado por categoría.

Suma de Gasto (en M\$ de 2024)

Categoría	2020	2021	2022	2023	(%)
Cuidadoras y cuidadores	\$8.631.369	\$10.154.398	\$13.091.037	\$13.795.230	59,8%
NNA	\$109.972.709	\$101.283.034	\$99.432.547	\$105.288.366	-4,3%
NNA con vulneración de derechos	\$463.590.131	\$461.723.908	\$434.832.686	\$531.128.719	14,6%
PEA	\$4.998.281	\$5.362.178	\$4.244.300	\$4.388.331	-12,2%
Personas con (potenciales) problemas de alcohol y drogas	\$65.718.938	\$61.577.711	\$53.855.800	\$56.201.816	-14,5%
Personas con discapacidad asociada a trastornos mentales	\$63.183.276	\$60.115.767	\$72.963.576	\$93.878.616	48,6%
Personas en situación de calle	\$12.951.634	\$15.301.438	\$19.511.165	\$22.285.673	72,1%
Personas mayores	\$34.644.597	\$34.866.164	\$33.689.186	\$35.681.980	3,0%
Personas privadas de libertad	\$17.917.335	\$17.723.696	\$17.575.888	\$20.566.620	14,8%
Universal	\$23.570.958	\$21.938.599	\$30.072.272	\$30.563.846	29,7%
Víctimas de violencia intrafamiliar y/o de género	\$24.133.920	\$24.428.610	\$23.130.655	\$29.571.901	22,5%
Víctimas de emergencia y/o desastres	\$32.605	\$55.188	\$92.727	\$68.862	111,2%
Víctimas de delitos	\$26.295.858	\$30.638.660	\$26.394.598	\$29.102.636	10,7%
Total	\$855.641.611	\$845.169.351	\$828.886.439	\$972.522.595	13,7%

Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo de 2020 a 2023.

Gasto por beneficiario⁵³

El gasto por beneficiario corresponde a una estimación del costo promedio de atención por beneficiario en cada programa, siendo clave para evaluar la eficiencia del presupuesto.

Las categorías que presentan mayores incrementos en este indicador son las personas mayores y personas en situación de calle. No obstante, en 8 de las 12 categorías analizadas se observa una disminución en el gasto per cápita. Esta tendencia se explica, en gran medida, por un aumento más acelerado de las personas atendidas por los programas, en comparación con el ritmo de crecimiento en la ejecución presupuestaria.

Tabla N°11: Evolución de gasto per cápita según categoría, en valores de 2024.

Categoría	2020	2021	2022	2023	(%)
Cuidadoras y cuidadores	\$1.160	\$763	\$780	\$709	-38,9%
NNA	\$366	\$403	\$287	\$279	-23,8%
NNA con vulneración de derechos	\$11.352	\$13.681	\$12.909	\$12.888	13,5%
PEA	\$1.267	\$668	\$856	\$945	-25,4%
Personas con (potenciales) problemas de alcohol y drogas	\$2.636	\$2.262	\$1.884	\$1.846	-30,0%
Personas con discapacidad asociada a trastornos mentales	\$6.758	\$6.821	\$5.252	\$5.868	-13,2%
Personas en situación de calle	\$1.529	\$3.452	\$3.235	\$3.044	99,0%
Personas mayores	\$2.498	\$12.549	\$8.002	\$9.165	266,9%
Personas privadas de libertad	\$1.361	\$1.204	\$1.415	\$1.186	-12,8%

⁵³ (Presupuesto ejecutado año t / número beneficiarios efectivos año t).

Universal	\$1.526	\$852	\$292	\$2.072	35,8%
Víctimas de violencia intrafamiliar y/o de género	\$1.058	\$1.020	\$773	\$939	-11,2%
Víctimas de emergencia y/o desastres	\$1.019	\$1.226	\$1.449	\$1.059	4,0%
Víctimas de delitos	\$38.445	\$44.837	\$30.906	\$32.376	-15,8%
Total	\$6.698	\$8.208	\$6.448	\$6.793	1,4%

Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo de 2020 a 2023.

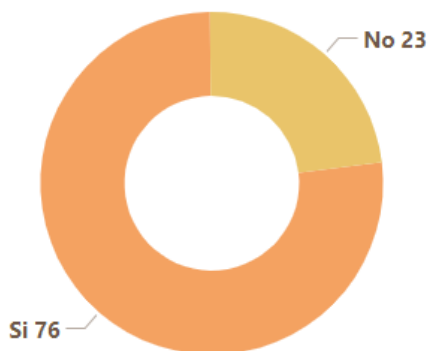
Incorporación del enfoque de género y de Derechos Humanos

El siguiente análisis aborda la incorporación de los enfoques de género y de Derechos Humanos en la implementación de los programas que componen la oferta principal en salud mental. La incorporación de estos enfoques se basa en la premisa que existen brechas sociales que generan desigualdad y exclusión, impidiendo a parte de la ciudadanía el ejercicio pleno de sus derechos. Promover el desarrollo de políticas públicas basadas en estos enfoques implica adoptar acciones dirigidas a superar situaciones graves de exclusión y desigualdad en la población, garantizando el acceso universal, integral y progresivo del ejercicio de sus derechos⁵⁴.

En todos estos enfoques es importante considerar que su incorporación puede materializarse mediante la focalización o priorización de ciertos grupos, la inclusión de estrategias de intervención específicas para cada perspectiva y/o en la medición de sus indicadores⁵⁵.

En cuanto al enfoque de género, se requiere analizar espacios sin oferta y posibles impactos diferenciados según el género, así como medir el avance en la reducción de brechas y la promoción de la equidad en el acceso a los programas⁵⁶. Es posible incorporar este enfoque en dos niveles: a nivel de propósito directo, es decir, programas cuyo objetivo principal es promover la igualdad de género y los derechos de mujeres y niñas; y/o en un nivel indirecto, a través de la inclusión de medidas y acciones que se alinean con esta promoción de derechos e igualdad de oportunidades⁵⁷.

Figura N°11: Programas que incorporan enfoque de género (N=99)



Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo 2023

⁵⁴ Definición extraída del *Instructivo Monitoreo 2022/2023*, repositorio de Banco Integrado de Programas Sociales (BIPS).

⁵⁵ *Instructivo Evaluación Ex Ante 2024*. Midesof

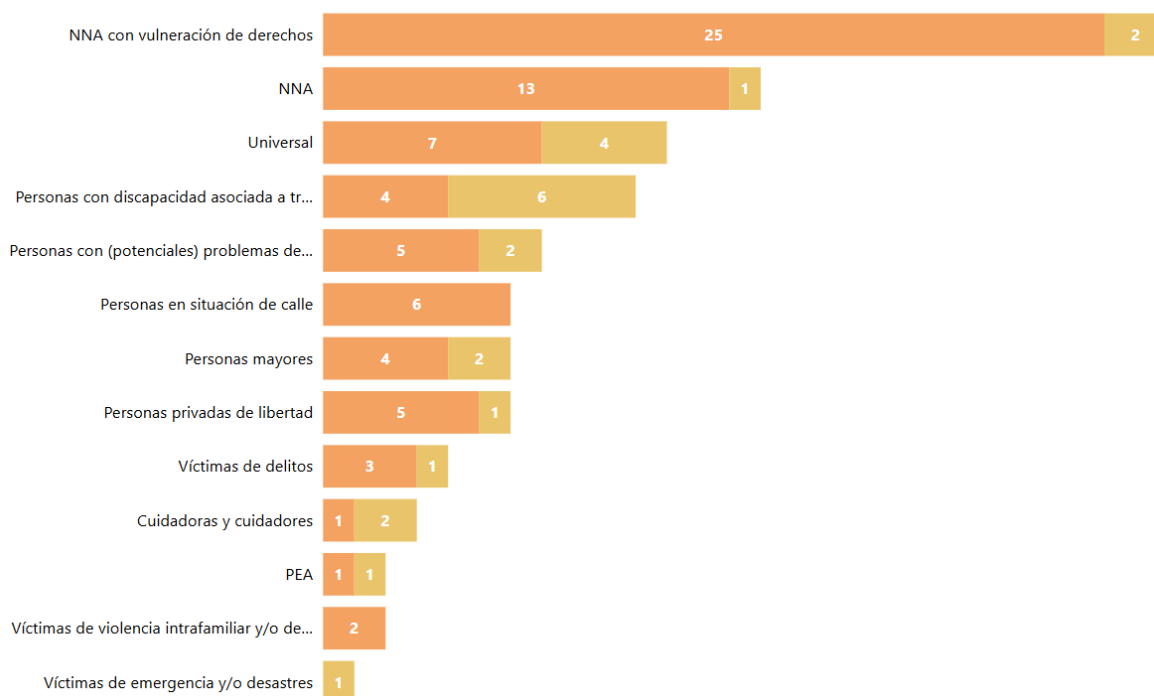
⁵⁶ *Informe Resultados Monitoreo Cierre 2023*. SES – Dipres.

⁵⁷ *Instructivo Evaluación Ex Ante 2024*. Midesof

Durante el Proceso de Monitoreo 2023, de los 99 programas analizados, 76 (76,7%) reportaron haber incorporado el enfoque de género, ya sea en la selección de sus beneficiarios, en las estrategias de intervención, o en la medición de indicadores (ver figura 11). Este porcentaje supera significativamente al observado en el conjunto de la oferta pública monitoreada ese mismo año, donde 425 de 689 programas (61,7%) declararon incorporar dicho enfoque.

Figura N°12: Programas que incorporan enfoque de género según población (N=99)

Enfoque de género ● Sí ● No



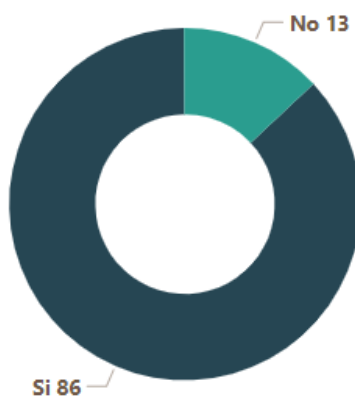
Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo 2023

En la figura 12 se observa que la categoría de programas que en mayor medida reportó la incorporación del enfoque de género corresponde a aquellos dirigidos a niños, niñas y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos: 25 de los 27 programas de esta categoría declararon haber implementado dicho enfoque durante 2023. En contraste, la categoría con menor proporción de programas con enfoque de género corresponde a personas con discapacidad asociada a trastornos mentales, donde solo 4 de los 10 programas reportaron su incorporación.

Por su parte, el Enfoque de Derechos Humanos se analiza según distintas perspectivas: discapacidad; dependencia; pueblos indígenas; niños, niñas y adolescentes; población migrante; y pertinencia territorial. Un programa se considera que incorpora el enfoque de derechos humanos si declara integrar al menos una de estas perspectivas. En el Proceso de Monitoreo 2023, 86 programas (86,9%) de la oferta programática en salud mental reportaron incorporar al menos uno de estos enfoques, mientras que sólo 13 programas (13,1%) indicaron no hacerlo (ver figura 13).

Este porcentaje es superior al observado en la oferta pública total monitoreada ese mismo año: de un total de 689 programas, 431 (62,6%) declararon haber incorporado al menos una dimensión del enfoque de derechos humanos.

Figura N°13: Programas que incorporan enfoque de derechos humanos (N=99)

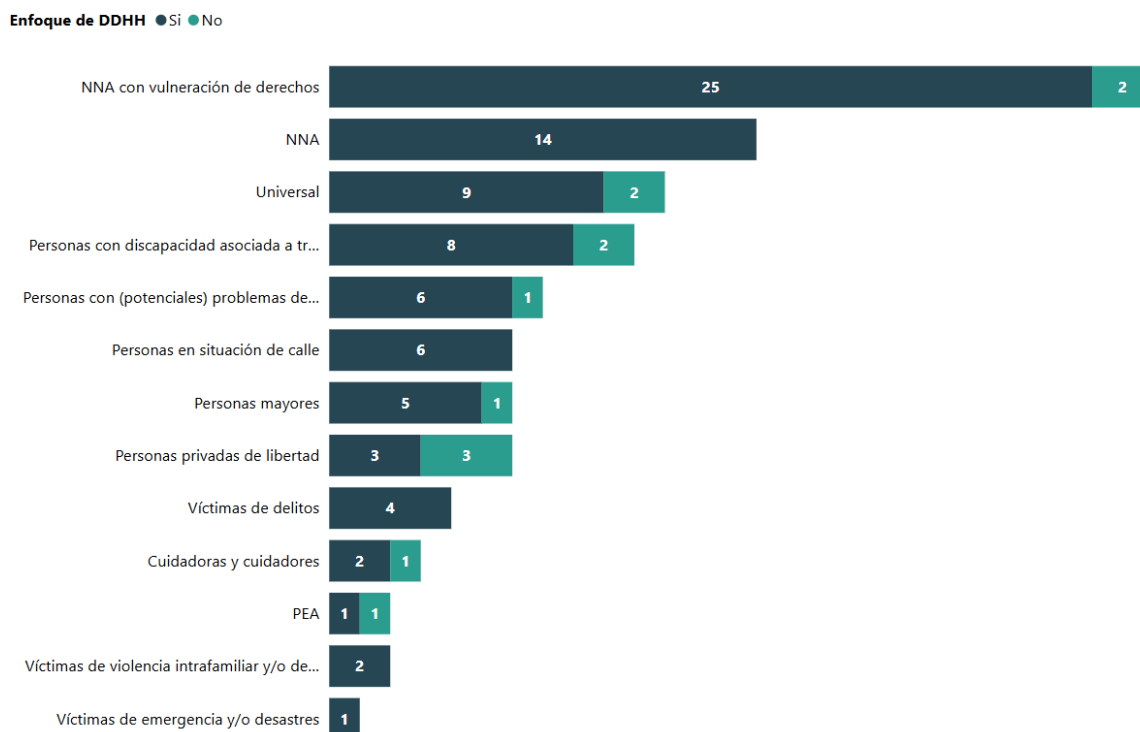


Fuente: Elaboración propia con información de del Proceso de Monitoreo 2023

Los programas dirigidos a niños, niñas y adolescentes (NNA) con vulneración de derechos son los que en mayor medida reportaron la incorporación del enfoque de derechos humanos: 25 de los 27 programas de esta categoría declararon haberlo incluido en su implementación durante 2023. Asimismo, destaca la categoría de NNA en general, en la cual el 100% de los programas (14 en total) reportó haber incorporado este enfoque en su ejecución.

Por el contrario, la categoría con una menor proporción de programas que incorporaron el enfoque de derechos humanos corresponde al de personas privadas de libertad. De los 6 programas que conforman esta categoría, solo 3 (50%) declararon haber integrado este enfoque en su implementación durante 2023.

Figura N°14: Programas que declaran poseer enfoque de derechos humanos según categoría (N=99)



Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo 2023

A continuación, se presentan los siete programas que, durante el año 2023, no declararon la incorporación del enfoque de género ni de derechos humanos en su implementación.

Tabla N°12: Programas que reportan no tener enfoque de DDHH ni enfoque de género por categorías

Categoría	Programas
Cuidadoras y cuidadores	Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa
NNA con vulneración de derechos	Justicia Juvenil - Apoyo Socioeducativo para Jóvenes Infractores de Ley (ASE)
Personas con (potenciales) problemas de alcohol y drogas	Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas
Personas con discapacidad asociada a trastornos mentales	Plan Nacional de Demencia
Personas privadas de libertad	Reinserción Social en Convenio con Ministerio del Interior
Universal	Camas Socio Sanitarias
	Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS

Fuente: Elaboración propia con información del Proceso de Monitoreo 2023

Conclusiones

En esta sección se relevan los problemas de salud mental como una prioridad de la política pública en Chile, dada la magnitud que representa, la alta prevalencia de algunos trastornos mentales que aún siguen presentes, las consecuencias sociales y económicas para la sociedad, y la prioridad que actualmente otorgan las personas a la salud mental.

A lo anterior se agregan los distintos factores sociales, económicos, políticos y culturales que influye significativamente en el bienestar psicológico y emocional de las personas. Esta definición refuerza la necesidad de aplicar políticas integrales que aborden estos determinantes sociales como parte de sus estrategias.

La revisión realizada identifica la participación de diversos actores e instituciones, tanto públicas como privadas, incluidos organismos internacionales que apoyan el fortalecimiento de la capacidad del país para responder a los desafíos en salud mental, involucrados en la temática de salud mental, y con el rol central de liderazgo del Ministerio de Salud.

La política pública en salud mental en Chile se sustenta en instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos; la Constitución Política de la República de Chile; leyes y decretos nacionales; y los planes y políticas de salud mental elaborados desde la década del 90; relevada más explícitamente en los programas de los últimos dos gobiernos; y que tiene al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025 como el marco normativo más específico de la materia, que se encuentra actualmente vigente en el país.

El proceso de identificación y categorización para obtener la oferta pública existente en el país durante el periodo 2017-2023 orientada a salud mental a la población, se realizó en tres etapas: considerando criterios mínimos para que un programa público para ser considerado como parte de la oferta principal de salud mental; luego categorizar estos programas en función del tipo de población que atienden (NNA, adultos, personas mayores, entre otros); y finalmente, si salud mental es el foco central de cada programa público, considerando tanto los bienes y servicios provistos, como los problemas que buscan abordar. Con esto, de la totalidad de oferta programática en Chile, permitió un levantamiento preliminar de 99 programas públicos que entregan bienes y servicios asociados a salud mental.

PARTE II

Evaluación Sectorial Salud Mental

Panelistas:

Dra. Olga Toro Devia (Coordinadora).

Dr. Cristóbal Cuadrado Nahum.

Dra. Verónica Monreal Álvarez.

Glosario de Siglas

APS	Atención Primaria de Salud
CDPD	Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad
CDT	Centro Diagnóstico Terapéutico
CRS	Centro de Referencia de Salud
Cosam	Centro Comunitario de Salud Mental
Deis	Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Minsal
DFL	Decreto con Fuerza de Ley
Dipres	Dirección de Presupuestos
Fonasa	Fondo Nacional de Salud
GES	Plan de Garantías Explícitas en Salud
Junaeb	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
MAI	Modalidad Atención Institucional No GES del Fonasa
Midesof	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Mineduc	Ministerio de Educación
MinInt	Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Minju	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
Minmujer	Ministerio de la Mujer y Equidad de Género
Minsal	Ministerio de Salud
Mintrab	Ministerio de Trabajo y Previsión Social
MLE	Modalidad Libre Elección del Fonasa
Nasma	Nueva Agenda de Salud Mental para las Américas
NNA	Niños, niñas y adolescentes
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPR	Oferta Programática Relevante
OPS	Organización Panamericana de la Salud
REM	Registro Estadístico Mensual
SES	Subsecretaría de Evaluación Social
SIL	Subsidio por Incapacidad Laboral

SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
Suseso	Superintendencia de Seguridad Social
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en inglés: United Nations International Children's Emergency Fund

Introducción

La *Parte II* del informe de evaluación sectorial corresponde a la evaluación holística de la política de salud mental para el período 2017-2023 y los programas públicos que la implementan, tanto en su diseño como en su desempeño, una vez que ha sido identificada y descrita en la *Parte I* del presente Informe. Esta etapa es desarrollada por un panel de expertos externos conformado por la Dra. Olga Toro Devia (Coordinadora), el Dr. Cristóbal Cuadrado Nahum y la Dra. Verónica Monreal Álvarez, en adelante el Panel. El presente es el informe final del proceso de evaluación sectorial de la política de salud mental y su oferta programática pública en el período 2017-2023, a cargo del Panel.

El informe se organiza en las siguientes secciones. Inicia con la ***Introducción de la Parte II***, seguido por los ***Objetivos de la evaluación de la Parte II***. La tercera sección analiza las implicancias de los ***Antecedentes*** que contextualizan la evaluación de acuerdo con la *Parte I* de esta evaluación sectorial y describe algunas experiencias internacionales sobre desarrollo de políticas de salud mental que el Panel identifica como reconocidas mundialmente, cuya experiencia puede insumar la evaluación estratégica de la política. La cuarta sección aborda la ***Metodología*** desarrollada por el Panel en el proceso de análisis y evaluación, a partir de la *Parte I*, y la información cuantitativa y cualitativa que estuvo disponible y accesible.

La quinta sección describe los ***Resultados de la evaluación de la oferta programática*** que tributa a la política de salud mental. Este capítulo se organiza en seis apartados. El primer apartado analiza en forma general la ***Oferta programática y la centralidad para la evaluación de la política***, otorgando los fundamentos del Panel para la priorización en un número de programas que son analizados en detalle en los siguientes apartados. El segundo apartado evalúa la ***Población a la que se destina la política de salud mental***, a través de su oferta programática priorizada como relevante (OPR), lo que espera la política acerca de la población que atiende la oferta, el diseño de ésta, incluyendo su focalización y su desempeño a través de las coberturas que alcanza desde distintas categorías de análisis. El tercer apartado evalúa lo que hace la oferta programática para las personas, es decir los ***Enfoques, estrategias y ejecutores***, su concordancia con el enfoque de derechos humanos, el modelo de salud mental comunitaria y el proceso de desinstitutionalización de la atención psiquiátrica, que son el marco central que otorga la política a la oferta que se desarrolle en su nombre. El cuarto apartado analiza el ***Presupuesto y gasto*** de la OPR, dando cuenta de la eficiencia de la ejecución presupuestaria y del comportamiento del gasto, en virtud de los énfasis de la política respecto de dónde asignar los recursos, así como elementos críticos del sistema de financiamiento. El quinto apartado analiza la forma en que se evalúa la oferta programática a través de ***Indicadores de evaluación de eficacia*** que se establecen para cada uno de los programas. El sexto y último apartado de la quinta sección, evalúa las ***Complementariedades y duplicidades*** de la oferta programática priorizada.

En la sexta sección, el Panel realiza una ***Evaluación de la política de salud mental a nivel estratégico*** del período 2017-2023, a partir de los análisis y resultados de la sección anterior. Para esto adopta un modelo de análisis que conceptualiza el campo de las acciones de la oferta programática como un sistema de salud mental, conformado por ciertos componentes. Por último, la séptima sección contiene ***Conclusiones y recomendaciones*** acerca de la evaluación.

Objetivos

En la presente Parte II del informe, el Panel aborda principalmente 3 de los 5 objetivos específicos definidos para esta evaluación, realizando una evaluación comprensiva del diseño de la oferta

programática identificada y su desempeño, para luego valorar la política en su nivel más estratégico. En particular:

- Evaluar comprensivamente el diseño de la oferta programática, identificando duplicidades y/o complementariedades.
- Evaluar a nivel estratégico la política pública de salud mental.
- Evaluar a nivel operativo la oferta programática de salud mental.

Antecedentes

Problema de política pública en salud mental

El problema público que da origen a la política de salud mental es descrito en la primera parte del informe de la evaluación sectorial. En él se detallan las definiciones sobre salud mental, trastorno mental y discapacidad psicosocial que ha adoptado el Ministerio de Salud en Chile (Minsal) y la Ley 21.331 promulgada en 2021, además de las señaladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Al mismo tiempo, otorga antecedentes que fundamentan las razones por las cuales los problemas de salud mental deben ser considerados una prioridad de la política pública, dada la magnitud de la carga de enfermedad⁵⁸ que representa la alta prevalencia⁵⁹ de algunos trastornos mentales, las consecuencias sociales y económicas para la sociedad, y la prioridad que actualmente otorgan las personas a la salud mental a través de diversas encuestas de opinión.

Algunos antecedentes sobre el problema son destacados. Se estima que en Chile el 20% del total de carga de enfermedad que presenta la población se debe a condiciones neuropsiquiátricas (IHME, 2022)⁶⁰. Se observa una alta prevalencia de vida de enfermedades mentales como la depresión, con un 11,2% de la población mayor de 15 años, ascendiendo a un 16,8% en el caso de las mujeres (Minsal, 2018). Para el periodo 2010-2019, la tasa de suicidio fue de 11,17 por cada 100.000 habitantes y se reporta como la segunda causa de muerte no natural en Chile (Minsal, 2022a). Las personas que reconocen a la salud mental como un problema en Chile han pasado de 50% en 2020 a un 66% en el 2023 (Ipsos, 2023).

La primera parte de este informe también describe la institucionalidad pública y privada que ha desarrollado el país, y los diversos actores que participan en la respuesta a los problemas de salud mental, en donde destaca el rol del Minsal y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con la red pública de proveedores de atención. Luego, se traza la trayectoria que ha recorrido la política pública en salud mental, permitiendo reconocer el alcance de la política a evaluar.

Los antecedentes antes descritos son fundamentales para el proceso evaluativo que llevó a cabo el Panel, y se consideran parte integrante del marco de análisis del presente informe.

⁵⁸ La carga de enfermedad es expresada mediante Años de Vida saludable perdidos Ajustados por Discapacidad (AVAD, o DALY por sus siglas en inglés). Es un indicador epidemiológico compuesto, que combina el número de años de vida perdidos por muerte prematura (muerte que ocurre antes de la edad promedio de muerte en una población determinada) y los años de vida vividos con discapacidad atribuibles a una enfermedad dada. La fuente de consenso internacional de esta información es el *Global Burden of Disease Study (GBD)*, programa de investigación mundial que actualmente tiene su sede en el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Washington.

⁵⁹ La prevalencia es una medida epidemiológica que expresa la proporción de personas que tiene un diagnóstico o condición en un momento determinado, en relación a una población de referencia. La principal fuente de información sobre prevalencia de enfermedades en Chile es la *Encuesta Nacional de Salud*.

⁶⁰ Esto significa que el 20% de todos los años de vida saludables perdidos a causa de muerte prematura o discapacidad en la población o AVAD, se deben a condiciones neuropsiquiátricas.

Como complemento, el Panel se permite destacar algunas implicancias, ya sea señalando elementos relevantes para la evaluación, contenida en los antecedentes ya aportados en la primera parte del informe de evaluación, o agregando nuevos antecedentes específicos en particular del contexto internacional.

Implicancias de los nuevos conceptos sobre Salud Mental para la política pública

Respecto de los conceptos de salud mental referidos en la Parte I, coinciden al señalar como una condición que está determinada por factores sociales, económicos, políticos y culturales, lo que influye significativamente en el bienestar psicológico y emocional de las personas. Condiciones como la pobreza, la exposición a violencia, la falta de vivienda adecuada, el desempleo y la exclusión social son factores que aumentan el riesgo de incidencia de trastornos mentales. Esta definición compartida, refuerza la necesidad de aplicar políticas integrales que aborden estos determinantes sociales como parte de sus estrategias.

Respecto del concepto de trastorno o enfermedad mental⁶¹, al definir que es una condición que puede afectar negativamente la interacción social, el desempeño familiar, educativo, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento, el Panel destaca que la existencia de barreras sociales, como el estigma (Thornicroft et al., 2022), obstaculiza la recuperación, además de tener mayor exposición a la vulneración de los derechos humanos. Paradójicamente, incluso en los sistemas que deben proveer apoyos. En este sentido, las políticas de salud mental requieren permear estratégicamente sectores distintos al de salud para facilitar las condiciones en las que las personas recuperan y mantienen su salud mental, ahí donde ellas se desenvuelven cotidianamente.

Respecto del concepto de discapacidad, el Panel señala que el que adopta la *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad* (CDPD) (Naciones Unidas, 2006) es de discapacidad psicosocial, centrando el problema en la interacción entre las personas con deficiencias reales o percibidas y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás, a causa del trastorno mental. En la Parte I del informe de evaluación, al respecto se identifican los conceptos de discapacidad mental, discapacidad psíquica y discapacidad intelectual en los diversos instrumentos de política que recoge.

El Panel observa que los conceptos de discapacidad mental o psíquica se tratan como sinónimos en la política, y hacen referencia a la definición de discapacidad psicosocial. Los términos mental y psíquico son descartados por la CDPD para evitar situar el problema exclusivamente dentro de la persona, dado que el deterioro funcional con pérdida de autonomía se desarrolla en la interacción con el entorno y las barreras que éste presenta para su inclusión en igualdad de condiciones.

En tanto, la discapacidad intelectual se considera un trastorno del desarrollo neurológico que puede implicar disfunción en el razonamiento, el pensamiento abstracto, la atención, la memoria, la percepción, el lenguaje, la planificación y la resolución de problemas, el aprendizaje en la escuela o de la experiencia, y que afecta el funcionamiento adaptativo (Schalock et al., 2021).

Para efecto de evaluación de la política, el Panel pone el acento en la importancia de reconocer que la discapacidad se produce al enfrentar obstáculos adicionales debido a las barreras del ambiente, los prejuicios y exclusión social, lo que agrava la pérdida de autonomía y dificulta la integración de las personas. En consecuencia, la respuesta de las políticas requiere un abordaje que incluya los

⁶¹ Trastorno o enfermedad se consideran sinónimos al referirse a la afectación negativa de la condición de salud.

apoyos para la rehabilitación y la inclusión social plena, en un marco de respeto de los derechos humanos de las personas en condición de discapacidad.

En concordancia, lo que muestra la trayectoria de la política es que la respuesta a los problemas de salud mental de la población evolucionó desde modelos asilares⁶² hacia modelos de integración en el sistema de salud general y de base en la comunidad⁶³, denominados procesos de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica. La desinstitucionalización es entendida como el proceso mediante el cual se desarrollan nuevas prácticas y servicios alternativos al internamiento prolongado, que han demostrado ser más eficientes, eficaces y respetuosos de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental. Implica erradicar la reclusión de las personas con enfermedades mentales en hospitales psiquiátricos, reemplazándola por hospitalización aguda en hospitales generales y residencias en la comunidad, al mismo tiempo que el desarrollo de redes comunitarias ambulatorias y soporte social (OPS, 2020). Diversos instrumentos evaluativos internacionales señalan que persisten importantes brechas en el desarrollo de políticas, programas y servicios para avanzar en la desinstitucionalización, al obstaculizar la implementación de los nuevos modelos de atención comunitaria, debido a que un importante número de países siguen destinando los limitados recursos disponibles en mantener los hospitales psiquiátricos cuyos resultados son deficientes, ineficaces e ineficientes (Minsal, 2014; OMS, 2021; OPS, 2023a). El desarrollo de políticas de salud mental son parte de las condiciones que permiten implementar programas y servicios orientados a favorecer la desinstitucionalización, con un abordaje multisectorial y avanzar en sistemas de cuidado de la salud mental efectivos (OPS, 2020).

Para apoyar el proceso de desinstitucionalización, la OMS dispuso un paquete de orientaciones a los países, sobre políticas y servicios de salud mental, organizados en trece módulos, cada uno en una publicación. El módulo de Políticas, planes y programas de salud mental (OMS, 2005), define una política de salud mental como “un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación. Una política también estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación con otras políticas sanitarias y sociales. Una política se formula generalmente para cubrir un amplio periodo de tiempo” (OMS, 2005, pág. 12). Establece como áreas de actuación de la política: financiación; legislación y derechos humanos; organización de servicios; recursos humanos y formación; promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; adquisición y distribución de la medicación básica; fomento; mejora de la calidad; sistemas de información; desarrollo y evaluación de políticas y servicios; colaboración intersectorial.

Por otra parte, señala que un plan de salud mental constituye un esquema detallado que “define las estrategias, los plazos, los recursos necesarios, los objetivos y las actividades para poner en práctica dicha política”, y a un programa de salud mental como una intervención o serie de intervenciones con un objetivo altamente específico que “se centra en asuntos específicos de la salud mental que precisan intervenciones concretas y a corto plazo” (OMS, 2005, pág. 16).

⁶² Se entiende por *modelo asilar* o manicomial a la concentración de toda la atención de las enfermedades mentales en instituciones monovalentes que privilegian el internamiento prolongado y normalizan las prácticas coercitivas, alejando a las personas del resto de la sociedad y de la vida en su comunidad natural, generando aislamiento, estigmatización y vulneración de los derechos humanos.

⁶³ La integración de la salud mental al sistema de salud general con base comunitaria se conceptualiza en el modelo equilibrado de servicios de salud mental (Thornicrof y Tansella, 2005), en donde la base del sistema de atención son los cuidados en el nivel primario de salud seguido por la atención especializada ambulatoria en la comunidad. El modelo incorpora la hospitalización psiquiátrica en hospitales generales. Este modelo excluye la internación en hospitales psiquiátricos.

Este marco de orientaciones reconoce que es frecuente observar en los países un solapamiento entre política, planes y programas de salud mental. El documento incluyó a Chile como uno de los ejemplos positivos de desarrollo e implementación de políticas, planes y programas sobre salud mental, dados los planes nacionales de salud mental de 1993 y 2000 (OMS, 2005, pág. 79).

Experiencia Internacional

Se identifican algunas experiencias internacionales que se han destacado por su avance en políticas orientadas a la desinstitutionalización de la atención psiquiátrica y promoción de un enfoque de derechos en los sistemas de salud mental, incorporando un modelo comunitario de atención, algunas en países latinoamericanos. Estas experiencias pueden ser consideradas como fuentes de conocimiento y comparación interesantes para Chile.

Brasil experimentó transformaciones significativas en su sistema de atención de salud mental, especialmente con el desarrollo de una política de salud mental iniciada en los años ochenta que promovió la desinstitutionalización de la atención psiquiátrica. Algunos de los aspectos claves fueron el desarrollo de Centros de Atención Psicosocial (CAPS), que son servicios comunitarios que ofrecen atención ambulatoria a personas con trastornos mentales severos y persistentes, algunos de los cuales también ofrecen atención las 24 horas y hospitalización breve en situaciones de crisis, siendo el primer país en Latinoamérica en implementar esta estrategia que se venía proponiendo en las reformas psiquiátricas europeas. También desarrolló residencias terapéuticas, que proporcionan alojamiento y apoyo a personas que han sido desinstitutionalizadas⁶⁴, facilitando su reintegración en la comunidad. El país integró la salud mental a la atención primaria a través de la colaboración con los equipos de salud de la familia en las Unidades Básicas de Salud y la atención de urgencia y emergencia (SAMU y UPA) con un equipo especializado en atención en salud mental. En 2001 se promulgó la Ley 10.216 sobre garantías para la protección y derechos de las personas con sufrimiento mental que generó condiciones para mayor expansión de nuevos servicios de atención territoriales, la reducción de las camas en hospitales psiquiátricos y la garantía de los derechos ciudadanos en la atención de salud mental. Este proceso no ha estado exento de dificultades y momentos de retroceso en la implementación de la política, atravesado por cambios en el enfoque de la política gubernamental más que en la política estatal (Tavares, 2019; Caldas de Almeida, 2019; Seabra, 2021).

Para el Perú, la aprobación de la *Estrategia sanitaria nacional de salud mental* y el *Plan nacional de salud mental* en 2005, junto con la creación de la Dirección de Salud Mental (DSAME) dentro del Ministerio de Salud en 2006, significaron el reconocimiento del desarrollo y gestión de políticas para responder a los problemas de salud mental de la población. En 2012 se aprobó la Ley 29.889 y en 2015 su reglamento, que garantiza el derecho a la atención de salud mental, en el marco del respeto a los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, y una reforma al modelo de atención implementando el modelo comunitario. La reforma fortaleció el nivel primario a través de los establecimientos de salud (EESS) no especializados en salud mental incorporando psicólogos y psicofármacos esenciales. Se crearon centros de salud mental comunitaria (CSMC), unidades de hospitalización en salud mental y adicciones en los hospitales generales (UHSMA), hogares y residencias protegidas (HP, RP) y centros de rehabilitación psicosocial y laboral. En 2014 se creó el “Programa Presupuestal 0131: Control y Prevención de la Salud Mental”, que garantizó el financiamiento para avanzar en la reforma. En 2018 se aprobó el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental 2018-2021, que define objetivos, metas, actividades e indicadores,

⁶⁴ Personas que han vivido internamiento prolongado (de años) en hospitales psiquiátricos y que acceden a programas o estrategias de egreso hacia la vida en comunidad y que han perdido sus redes familiares, así como las conexiones y soporte sociales a causa del aislamiento al que estuvieron sometidos.

principalmente sobre el acceso a servicios de la salud mental, el proceso de desinstitucionalización, el desarrollo de capacidades de los recursos humanos, y el fomento de la participación social y comunitaria. Aun con los importantes avances, se plantea que persisten desafíos en acceso cobertura y calidad de la atención, reiterando el fortalecimiento de la atención comunitaria de salud mental como central en la política, y aspirando al 10% del presupuesto de salud destinado a salud mental (OPS, 2023b; Alarcón et al, 2022; Castillo-Martell et al., 2019).

En el caso de México, en 2022 se introdujeron reformas a la *Ley General de Salud* en materia de salud mental y adicciones, siguiendo las pautas de los estándares internacionales de derechos humanos, reafirmando la política de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica y fortaleciendo el modelo de atención comunitaria. Las reformas por el nuevo modelo de atención en salud mental que anteceden esta medida legislativa apuntaron a la implementación de Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (Cecosama), la incorporación de servicios de salud mental y adicciones en hospitales generales y en el nivel primario de atención de salud, además del desarrollo de instrumentos de política como la *Estrategia nacional para la prevención de adicciones* (ENPA) *Juntos por la paz* y el *Programa nacional para la prevención del suicidio* (Diario Oficial de la Federación, 2022; Revista El Cambio, 2023).

En el caso de países de altos ingresos del hemisferio norte, la experiencia de Gran Bretaña y Canadá suele ser referente en el desarrollo de políticas y servicios de atención de salud mental.

Canadá implementó la primera *Estrategia nacional de salud mental* en 2012 como política para mejorar el acceso, reducir el estigma y garantizar servicios integrales, denominada "*Changing Directions, Changing Lives*" (en español, *Cambiando Direcciones, Cambiando Vidas*). Esta política considera orientaciones estratégicas intersectoriales, en especial en la escuela y el trabajo, el abordaje intercultural con pueblos indígenas, orientación hacia la recuperación y enfoque de derechos humanos. Promueve la organización de servicios de salud mental en la atención primaria, basada en la comunidad, programas de apoyo de pares, y apoyo social en vivienda y trabajo para personas con discapacidad psicosocial. Antes, en 2007, implementó una institucionalidad de alto nivel que conduce la política de salud mental, la evalúa y genera recomendaciones para la mejora de su implementación, denominada Comisión de Salud Mental de Canadá (*Mental Health Commission of Canada*, MHCC)⁶⁵, luego de que en 2006 el Comité Permanente del Senado sobre Asuntos Sociales, Ciencia y Tecnología completara el primer estudio del país sobre salud mental, enfermedades mentales y adicciones (*Mental Health Commission of Canada*, 2012; *The Senate Canada*, 2006).

Gran Bretaña, por su parte, en 1983 promulgó la *Mental Health Act* (en español, *ley de salud mental*), que regula la evaluación, tratamiento e internamiento de personas con problemas de salud mental graves. Esta normativa ha sufrido varias modificaciones, la última en el año 2021. En ésta, se propuso una reforma que busca alinearse con la CDPD, reduciendo la internación involuntaria, promoviendo el respeto de los derechos humanos de las personas con trastorno mental y discapacidad psicosocial, así como la búsqueda de un enfoque comunitario en el cuidado de la salud mental. En particular, en Inglaterra existe, además, desde 2014 la *Care Act* (ley de cuidado) que regula el apoyo social y la atención para personas con necesidades de salud mental, y desde 2010 la *Equality Act* (ley de igualdad), que protege a las personas con discapacidades mentales contra la discriminación y considera un enfoque intersectorial.

⁶⁵ La Comisión de Salud Mental de Canadá mantiene un sitio oficial que ofrece informes y recursos permanentes sobre políticas y estrategias recientes: <https://mentalhealthcommission.ca/>

Una experiencia reciente, que resulta interesante por su abordaje de la intersectorialidad en la política de salud mental es la reportada por Cataluña, España. El denominado *Pacto nacional de salud mental y bienestar emocional de Cataluña 2024-2030* es un instrumento interministerial e intersectorial que depende directamente de la Presidencia de la Generalitat de Cataluña⁶⁶. Nació en 2021, tras un acuerdo parlamentario. Esta política contiene seis líneas estratégicas, que a su vez consideran 23 objetivos estratégicos, bajo un enfoque de derechos humanos. Enfatizan en un enfoque desde la perspectiva de la persona que vive un problema de salud mental; la protección y promoción de bienestar emocional en todas las edades de la vida y transiciones de la persona; servicios integrales, integrados, multisectoriales y adaptables en entornos comunitarios; liderazgo, gobernanza y financiación; fortalecimiento de los datos científicos, la innovación y la investigación sobre la salud mental.

Un aspecto innovador de la propuesta sobre la gobernanza de la política de salud mental de Cataluña es que propone coordinar desde el nivel de la Presidencia a la nueva financiación e inversión de la oferta de salud mental que otorgan todos los sectores del Estado, basado en un modelo comunitario global, integrado e integral. Incorpora los sectores de salud, social, educación, trabajo, cultura, vivienda, justicia, universidades, investigación y deportes. Es decir, los incrementos presupuestarios tendrán una administración central desde la Presidencia de la *Generalitat*⁶⁷, definiendo las metas asociadas al financiamiento para cada uno de los sectores. En tanto, al interior del sector salud se organiza a la red de atención en el marco del llamado *Plan director de salud mental y adicciones*, en el que se promueve la definición de carteras de servicio en cada tipo de proveedores a nivel primario, secundario en la comunidad y hospitalario (Generalitat de Catalunya, 2023).

A nivel internacional, también participan organismos multilaterales, descritos en la Parte I del informe. Parte de los nuevos marcos de desarrollo o fortalecimiento de las políticas de salud mental en los países se basan en las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y en orientaciones técnicas de política por parte de la OMS. En la 66ª Asamblea Mundial de la Salud (2013), los Estados Miembros, incluido Chile, adoptaron el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*⁶⁸, aprobando su actualización y extensión hasta el 2030 en la 74ª Asamblea Mundial de Salud (2021)⁶⁹.

⁶⁶ La Presidencia de la Generalitat de Cataluña mantiene un sitio con información sobre el Pacto https://presidencia.gencat.cat/ca/ambits_d_actuacio/pacte-nacional-de-salut-mental/

⁶⁷ La Generalitat es el sistema institucional en que se organiza políticamente el autogobierno de la Comunidad Autónoma de Cataluña, y que incluye el Parlamento, el Gobierno ejecutivo, la Presidencia, entre otros.

⁶⁸ En 2012, la 65.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. En ella se pidió a la directora general, entre otras cosas, que en consulta con los Estados Miembros preparase un Plan de Acción Integral sobre Salud Mental que abarque los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas. En 2013, la 66.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la propuesta de Plan de Acción, WHA66.8, Punto 13.3 del orden del día, 27 de mayo de 2013.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-sp.pdf

⁶⁹ El Plan de Acción Integral sobre salud mental actualizado, fue refrendado por la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2021, mediante Resoluciones y Decisiones WHA74/2021/REC/1, Decisión WHA74(14) sobre Preparación en materia de salud mental para la pandemia de COVID-19 y respuesta conexa, página 85. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74-REC1/A74_REC1-sp.pdf#page=103

El *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* de la OMS se basa en seis principios transversales: cobertura sanitaria universal; derechos humanos; políticas basadas en evidencia científica; enfoque del curso de la vida; enfoque multisectorial; emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. El plan contiene cuatro objetivos y diez metas mundiales. Para el primer objetivo, el plan de acción propone implementar acciones orientadas a “Formular, reforzar, actualizar y aplicar políticas, estrategias, programas, leyes y reglamentos nacionales relacionados con la salud mental en todos los sectores pertinentes, con inclusión de códigos de prácticas y mecanismos para supervisar la protección de los derechos humanos y la aplicación de la legislación, en consonancia con las evidencias, las prácticas óptimas, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales sobre los derechos humanos” (OMS, 2022, página 22).

La perspectiva multisectorial ha propiciado el fortalecimiento de la articulación entre OMS y otros organismos internacionales del sistema de Naciones Unidas. Por ejemplo, con UNICEF se ha firmado un marco estratégico de colaboración y un nuevo *Programa Conjunto sobre la Salud Mental y el Bienestar y el Desarrollo Psicosociales del Niño y el Adolescente* (OMS & UNICEF, 2024). Con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se viene desarrollando colaboración para reducir los riesgos psicosociales laborales y promover el cuidado de la salud mental de la población trabajadora (ILO & WHO, 2022). También ha implicado esfuerzos adicionales apoyando a algunos países a través de proyectos orientados a conseguir la cobertura universal en salud mental (WHO, 2023).

Estas iniciativas fueron impulsadas luego de los efectos negativos que la pandemia Covid-19 tuvo (y sigue arrastrando) sobre la salud mental de la población, especialmente en ciertos grupos más vulnerables. Frente al diagnóstico de que la pandemia de Covid-19 exacerbó la magnitud de los problemas de salud mental en la Región de las Américas, la OPS convocó a una Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y Covid-19, desde donde se generó el informe *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas* (Nasma), orientando a los países sobre esta prioridad sanitaria (OPS 2023), que implica ajustar las políticas nacionales, junto con otras iniciativas técnicas de apoyo al desarrollo de políticas de salud mental, en concordancia con los estándares internacionales de derechos humanos (OPS, 2023d; OPS, 2023c).

Hacia la configuración de una política de salud mental.

En la Parte I del informe de evaluación, se concluye que el *Plan nacional de salud mental 2017-2023* (Minsal, 2017) representa la política de salud mental de Chile, por lo que se constituye en el principal instrumento referente para evaluar la oferta programática que la implementa. El Panel está de acuerdo con la relevancia de dicho instrumento, aunque considera necesario agregar algunos otros que se desprenden de este plan, que nacieron en el período que considera esta evaluación, y que permiten identificar los énfasis de los gobiernos del período para la orientación de la oferta programática desarrollada, fortalecida o reorientada. Esto es particularmente relevante dado el impacto del periodo de la pandemia Covid-19 que generó nuevas orientaciones también a nivel internacional, que los países acogieron y adoptaron, como es el caso de Chile. En concordancia, el Panel también tuvo en consideración para la evaluación de la política el *Programa Saludablemente 2020-2021* (Minsal, 2020), el *Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025* (Minsal, 2021), la *Ley 21.331* (2021), y el *Programa Construyendo Salud Mental 2022-2026* (Minsal, 2023)⁷⁰. Desde ese conjunto de instrumentos, el Panel identificó los énfasis relevantes para contrastar con la oferta programática pública, evaluando la coherencia de su diseño y desempeño, a la luz de la población que busca

⁷⁰ El *Programa Construyendo Salud Mental*, si bien fue elaborado como documento en 2023, señala que corresponde al esfuerzo por mejorar la salud mental de las personas que viven en Chile para el período 2022-2026 (pág. 63), lo que corresponde al período del programa de gobierno.

atender, la acciones que desarrolla en ella, el financiamiento para llevarlas a cabo, la forma en que se evalúa su eficacia y la complementariedad que se produce en este esfuerzo.

Metodología Parte II

El panel inició el proceso de evaluación a partir de la descripción de la política pública en salud mental desarrollada en la Parte I de la Evaluación Sectorial de la Política de Salud Mental 2017-2023, que delimita el alcance de dicha política e identifica la oferta programática que le tributa. En este apartado se presenta un resumen de la metodología de evaluación (ver Anexo 2, Metodología Parte II en detalle, para una descripción más completa de este capítulo).

Criterios de clasificación de la oferta programática identificada en la Parte I

De acuerdo con el informe Parte I de la evaluación, la Dipres y la Subsecretaría de Evaluación Social (SES) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia identificaron 99 programas públicos, de un universo de 689 que son parte del proceso de monitoreo periódico de ambas instituciones, que entregan bienes y servicios asociados a salud mental. De estos, pesquisaron 51 programas relevantes para la salud mental.⁷¹ A partir de esto, el Panel definió que la base de información para la evaluación también debía considerar cinco programas sociales adicionales, dependientes del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda) del Ministerio de Interior y Seguridad Pública (MinInt), que forman parte de las estrategias de reducción de la demanda de drogas (RDD)⁷². Por lo tanto, responden a medidas de salud pública. Esta información fue incorporada por la SES, obteniendo 104 programas en la base de datos.

El Panel inició el análisis de los 104 programas de la oferta pública, incorporando como primer criterio de clasificación el tipo de atención para la salud mental que llegan a realizar, dada la información sobre los antecedentes, la población y la estrategia de intervención de cada programa. El tipo de atención se clasificó en prevención primaria, prevención secundaria, tratamiento y rehabilitación (Leavell y Clark, 1965). La prevención primaria a su vez se clasificó en universal, selectiva e indicada (IOM, 1997). De este análisis se seleccionaron 38 programas como oferta relevante (OPR) y 66 como oferta complementaria.

En relación a la naturaleza de los beneficios para salud mental, el Panel clasificó los programas según tres tipos: aquellos en los que la persona recibe atención y acompañamiento profesional de salud mental en diversas modalidades de intensidad en forma ambulatoria; aquellos que brindan apoyo para mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social plena; y aquellos en los que recibe atención profesional de salud mental en situación de crisis requiriendo atención de urgencia, hospitalización o internamiento.

Según el ciclo de vida, el Panel verificó que la población beneficiada por los componentes y actividades del programa fueron acciones efectivamente sobre su salud mental, clasificando en tres grupos de edad: menores de 18 años, adultos y personas mayores. Para los programas que definieron un rango amplio de edad se consideró como destinado a toda la población.

⁷¹ El detalle del proceso metodológico de extracción de la información sobre la oferta de programas públicos que abordan salud mental y la identificación de cada uno de los programas relevantes se encuentra en la Parte 1 de este informe de evaluación (pág. 43).

⁷² La Reducción de la Demanda de Drogas (RDD) considera prevenir el consumo inicial de drogas, intervenir tempranamente en quienes consumen drogas ocasionalmente o no son dependientes y tratar las consecuencias sociales y de salud adversas de la dependencia a través de programas de tratamiento, rehabilitación y cuidados posteriores.

Por último, el Panel clasificó los programas de acuerdo con el tipo de problema de salud mental que describen como prioritario, lo que se desprende de la población que atiende en salud mental y de la estrategia definida, en sus componentes e intervenciones: riesgo psicosocial, drogas y alcohol, violencia intrafamiliar, trastorno mental, suicidio, demencia, discapacidad psicosocial severa.

Otros bienes y servicios públicos para la salud mental y el bienestar

Dado el marco de la política a evaluar, el Panel consideró que era necesario ampliar el punto de partida, para lograr una evaluación comprensiva y holística de la política.

- Incorporar bienes y servicios provistos por el sector salud, dado que es el principal responsable de otorgar atención a las personas con problemas de salud mental. Esta información no forma parte de las bases de datos del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales*, por lo que fue requerida al Minsal:
 1. Prestaciones de salud mental incorporados en el régimen de garantías explícitas de salud (GES), población atendida y gasto asociado. Información parcialmente disponible. La información considera casos creados y no personas.
 2. Prestaciones de salud mental identificadas en el Plan de Salud Familiar y población atendida. Información no accesible al cierre de este informe.
 3. Prestaciones de salud mental identificadas en la Modalidad de Atención Institucional No GES (MAI) del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y población atendida. Información no accesible al cierre de este informe.
 4. Prestaciones de salud mental identificadas en Modalidad Libre Elección (MLE) del Fonasa y población atendida. Información no disponible al cierre de este informe.
 5. Instalaciones para la atención de salud mental, señalando si es para población adulta o niños, niñas y adolescentes. Información estuvo accesible sólo para un año, lo que no permite evaluar su nivel de progresión.
 6. Población bajo control y prestaciones de Salud Mental reportadas a partir del Registro Estadístico Mensual (REM) del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). En este caso el Panel tuvo acceso a la reportería de salud mental del Minsal.
- Incorporar un análisis de las licencias médicas por causa de trastornos mentales, dado el alto impacto económico y social que hoy representa en Chile. Esta información fue extraída de los informes públicos de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), complementada con estudios académicos recientes publicados.
- Incorporar un análisis del proceso de medición de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo liderado por la SUSESO, dada la relevancia atribuida en la política a la salud mental laboral. Se exploró la información disponible en la página institucional de SUSESO⁷³.

Estrategia de análisis de la información y limitaciones

El Panel analizó la oferta conformada por 104 programas públicos en general, en base a los cuatro criterios antes descritos: el tipo de atención de salud mental, el ciclo de vida de la población atendida en salud mental, la naturaleza del beneficio recibido y el tipo de problema de salud mental. Este proceso se describe en la sección “Oferta Programática y centralidad para la evaluación de la política de Salud Mental”.

En virtud del primer criterio de clasificación, es decir el tipo de atención de salud mental, el Panel concluyó en 38 programas priorizados por su centralidad para la política de salud mental. Los 38

⁷³ <https://www.suseso.cl/608/w3-propertyname-538.html>

programas relevantes, abreviados como OPR, fueron analizados por el Panel de acuerdo con su diseño y su desempeño con la información disponible en las bases de datos del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales*. Cuando el Panel lo consideró oportuno, profundizó explorando información en informes de algunas evaluaciones previas realizadas por Dipres y SES, y entrevistas grupales a referentes de programas priorizados.

Dado que el Panel no tuvo acceso a parte importante de la información adicional solicitada al Minsal, ciertos análisis estuvieron limitados, por ejemplo, la estimación de cobertura, complementariedades y duplicidades, para lo cual se realizaron proxys con los datos disponibles y la información cualitativa.

Con el conjunto de información cuantitativa y cualitativa accesible, el Panel estructuró el análisis y evaluación de la OPR en los siguientes apartados, con el siguiente razonamiento progresivo:

1. Si la población a la que se destina la oferta programática de acuerdo con su diseño, incluyendo la focalización, y la que finalmente atiende, es coherente y tributa a la política de salud mental declarada (apartado “Población a la que se destina la Oferta de Programas pública”).
2. Si las acciones que componen la oferta programática y que reciben las personas sobre la salud mental, se orientan en conformidad con la orientación de la política en sus enfoques, estrategias y organismos ejecutores (apartado “Enfoque, Estrategias y Ejecutores”).
3. Si el presupuesto y gasto de la oferta programática se condice con lo que la política aspira, así como el logro en eficiencia de la ejecución presupuestaria. Se consideró eficiencia en la ejecución presupuestaria cuando estuvo dentro del rango de 85%-110% respecto del presupuesto inicial y 90-110% sobre el presupuesto final, en concordancia con el criterio utilizado en el sistema de monitoreo de programas 2023 de Dipres y SES⁷⁴ (apartado “Financiamiento y Gasto”).
4. Si la oferta programática considera la evaluación de su eficacia en miras a tributar a la implementación de la política de salud mental (apartado “Indicadores de Evaluación de Eficacia”).
5. Si la oferta programática se complementa para lograr integralidad y potenciar los resultados, y si se observan aspectos de duplicidad (apartado “Complementariedades y Duplicidades”).

Respecto de la información cuantitativa, el Panel analizó una base de datos con información de antecedentes, poblaciones, estrategia, gastos, ejecutores, complementariedades, indicadores de propósito y complementarios, enfoques y problemas, incorporando 145 variables sobre información para el periodo 2017-2023 para toda la OPR. Los análisis de tendencia incorporan el período con información disponible para cada programa en el rango de análisis (2017-2023), en tanto los análisis en profundidad de las características de la OPR son de carácter transversal para el último año con información disponible (2023), al ser el año con información más completa y reflejar un período de regreso a una normalidad post-pandemia que, a juicio del Panel, permite conclusiones de la OPR en base a una situación más estable. Todos los análisis presentados que consideran información presupuestaria están expresados en pesos chilenos a valor presente (2024) para facilitar su comparabilidad en el tiempo.

Información cualitativa

Respecto de la información cualitativa, en complemento, el Panel desarrolló seis entrevistas grupales a referentes de los Ministerios y respectivas diez Subsecretarías o Servicios. El levantamiento de estos datos cualitativos se realizó con el propósito de comprender aspectos del diseño y desempeño

⁷⁴ Dirección de Presupuestos y Subsecretaría de Evaluación Social (2024). Informe de Resultados Monitoreo Cierre 2023. Subdepartamento de Planificación, Diseño y Monitoreo y Departamento de Monitoreo. Santiago, Chile.

de la oferta programática, adicionales a la información disponible en las bases de datos analizadas, y contar con evidencia empírica que contribuya a interpretar algunos resultados en el período.

El Panel también consideró necesaria una entrevista grupal al Consejo Asesor de Salud Mental del Minsal. Esta es una instancia de participación social en salud creada mediante el Decreto Exento N°43 de Minsal en 2022. Está conformada por doce representantes de usuarios de servicios de salud mental como expertos por experiencia vivida, órganos de participación social en salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y sociedades científicas.

Se optó por utilizar la técnica de entrevista grupal (Iñiguez & Vitores, 2008) pues permite acceder a diálogos que se despliegan durante la interacción social, los cuales permiten la emergencia de creencias y experiencias que no siempre están presentes al preguntar de forma individual. Se realizaron preguntas abiertas orientadas por un guion temático a las cuales se respondió de manera grupal. Las entrevistas se realizaron cumpliendo todas las consideraciones éticas establecidas para este tipo de exploraciones, incluyendo la transparencia de los objetivos, confidencialidad, voluntariedad, y reducción de riesgos/potenciales beneficios.

Criterios para el análisis de la perspectiva estratégica de la política de salud mental.

Posteriormente, el Panel realizó un análisis y evaluación de la perspectiva estratégica de política de salud mental a la luz de la oferta programática que la implementa (apartado 6). Para organizar esta parte de la evaluación el Panel optó por guiar el informe en base al modelo de pensamiento de sistemas en la investigación sobre fortalecimientos de sistemas de salud (De Savigny y Taghreed, 2009), promovido por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la OMS⁷⁵. En este modelo se propone que, para abordar comprensivamente el estudio sobre los sistemas de salud, en cuanto sistema social complejo, es necesario referirse a los siguientes siete componentes:

1. Las personas a las que se destina la atención
2. Los bienes y servicios que se proveen
3. La disponibilidad y uso de medicamentos y tecnología
4. El financiamiento
5. El recurso humano disponible
6. Los sistemas de información que dispone
7. La gobernanza del sistema

Finalmente, el Panel, discutió las conclusiones principales sobre la evaluación de la política de salud mental y generó recomendaciones sobre el desarrollo de la oferta programática pública que tributa a la política y sobre el proceso mismo de evaluación sectorial de una política, lo que cierra este informe (apartado 7).

Resultados de la evaluación de la Oferta Programática

En esta sección se describen los resultados de la oferta programática evaluada. Tal como se señaló en la introducción de este informe, la sección se organiza en seis apartados. El primero de ellos analiza en forma general la Oferta Programática y la Centralidad para la Evaluación de la Política, otorgando los fundamentos del Panel para la priorización en un número de programas que son analizados en detalle en las siguientes secciones. El segundo evalúa la Población a la que se destina la Política de Salud Mental a través de su OPR, lo que espera la política acerca de la población que atiende la oferta, el diseño de ésta, incluyendo su focalización y desempeño a través de las coberturas que alcanza desde distintas categorías de análisis. El tercero evalúa lo que hace la oferta

⁷⁵ Más información sobre la Alianza puede ser consultada en <https://ahpsr.who.int/>

programática para las personas, es decir los Enfoques, Estrategias y Ejecutores, su concordancia con el modelo de salud mental comunitaria y el proceso de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica, que son el marco central que otorga la política a la oferta que se desarrolle en su nombre. El cuarto apartado analiza el Financiamiento y Gasto de la OPR, dando cuenta de la eficiencia de la ejecución presupuestaria y del comportamiento del gasto en virtud de los énfasis de la política respecto de dónde asignar los recursos. El quinto analiza la forma en que se evalúa la oferta programática a través de Indicadores de Evaluación de Eficacia que se establecen para cada uno de los programas. El sexto y último apartado de la quinta sección, evalúa las Complementariedades y Duplicidades de la OPR.

Oferta Programática y centralidad para la evaluación de la política de Salud Mental

Como se mencionó previamente, el Panel inició el análisis de la oferta programática pública para la política de salud mental a partir de 99 programas identificados en un proceso anterior informado en la Parte I de la evaluación.

El Panel recomendó incorporar a la oferta programática a evaluar: a) cinco programas públicos adicionales dirigidos a prevención del uso de alcohol y otras drogas, por lo que se analizaron 104 programas; b) la oferta de servicios de salud mental de los proveedores públicos de atención de salud; c) el análisis del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) a causa de enfermedades mentales; y d) la estrategia de control de los riesgos psicosociales en el trabajo liderado por la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso). Esto, debido a que el esfuerzo público en la implementación de la política de salud mental tiene un alcance mayor a la oferta programática, y tenerlo a la vista permite contextualizar el análisis de esta última.

Aunque el 76% de los programas identificados se iniciaron antes del 2017 (Tabla N°13), el Panel considera que el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 integra la historia y experiencia de dos planes nacionales previos (1993 y 2000), y que puede ser un instrumento que profundiza o reorienta la continuidad de esa oferta programática, por lo que el Panel desestimó el período de inicio de estos programas como criterio de exclusión de la priorización y selección de la OPR para evaluar la política. Por ejemplo, un 49% de los programas iniciaron en el período 2000-2010, que coincide con el segundo Plan Nacional de Salud Mental que ha tenido Chile. En este, se definió la prioridad de incorporar la salud mental en el nivel de salud primaria y desarrollar alternativas comunitarias de atención, continuando la desinstitucionalización y transformación de los hospitales psiquiátricos que se había definido en el primer plan nacional. También se estableció a la intersectorialidad como eje central del nuevo modelo de atención. Estos aspectos se mantienen y fortalecen en el plan vigente.

Al clasificarlos según el tipo de atención específica para la salud mental, en virtud de la población que cubre y las estrategias que despliega, un 13,5% destina esfuerzos para el tratamiento de trastornos mentales y un 5,8% para la rehabilitación de capacidades psicosociales. Un 7,7% de los programas realiza detección temprana y tratamiento precoz de trastornos mentales, es decir prevención secundaria. Un 9,6% interviene sobre problemas de salud mental antes de que se agraven o se vuelvan un trastorno mental clínicamente significativo, es decir, realizan prevención primaria indicada sobre poblaciones en alto riesgo de presentar problemas de salud mental dado su contexto de vida, que no necesariamente han sido diagnosticados.

Los programas, que específicamente van desde la prevención primaria indicada hasta la rehabilitación de problemas de salud mental, son los que a juicio del Panel reflejan la centralidad de la oferta programática que implementa la política de salud mental y que se constituye en 38 programas priorizados (36,5%) para evaluar comprensivamente cómo su diseño y desempeño tributa a la implementación de la política (Tabla N°13). En las siguientes secciones, el análisis de la oferta programática se profundiza sobre estos 38 programas. Previo a ello, en este capítulo se analizan algunos aspectos de la oferta identificada en su conjunto.

Tabla N°13 Oferta Programática de Salud Mental identificada según el tipo de atención y el año de inicio.

Tipo de atención		Período de inicio del programa					Total de programas	%
		1990-1999	2000-2010	2011-2016	2017-2023			
Prevención universal	primaria	3	5	6	6		20	19,2%
Prevención selectiva	primaria	1	26	7	12		46	44,2%
Prevención indicada	primaria	1	6	2	1		10	9,6%
Prevención secundaria		0	4	1	3		8	7,7%
Tratamiento		0	7	4	3		14	13,5%
Rehabilitación		2	3	1	0		6	5,8%
Total		7	51	21	25		104	100%
%		6,7%	49%	20,2%	24%			

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

Un 19,2% de los programas se dirige a cuidar los factores protectores de la salud mental y mitigar riesgos psicosociales, independientemente del nivel de riesgo (Tabla N°13). Un 44,2% de los programas reconoce poblaciones con exposición a factores de riesgo sociales, económicos o ambientales particulares y que pueden llegar a estar en mayor riesgo de desarrollar un problema de salud mental por lo que buscan reducir esa posibilidad selectivamente. Este conjunto de programas promocionales y preventivos son muy relevantes considerando que, desde una perspectiva poblacional, se espera que se incorpore a la salud mental en todas las políticas, precisamente para contribuir a su desarrollo y mantención.

Todos los programas identifican la población a la que se destinan de acuerdo con el grupo de edad, lo que permite una mejor comprensión de la población a la que está dirigido, así como identificar si hay grupos poblacionales prioritarios para la salud mental. Existen 11 programas que incorporan un segundo tipo de población en alguno de sus componentes. De estos, hay 7 programas que siendo su foco principal la población de niños, niñas y adolescentes (NNA), incorporan de forma complementaria algún componente dirigido a población adulta, en la mayoría de los casos a los responsables de sus cuidados. A la inversa, existen dos programas que, siendo dirigida a población adulta, su propósito se orienta a la protección de NNA, incorporando algún componente para este grupo. Por último, dos programas dirigidos a la población adulta se extienden sin límite de edad también a las personas mayores.

Considerados los 104 programas y todas las poblaciones que atiende según el ciclo de vida, se observa que el 51% de ellos incorporan estrategias dirigidas a NNA. El 35,6% a la población adulta y un 10,6% a personas mayores, en tanto que un 13,5% se orienta a toda la población (Tabla N°14).

Tabla N°14: Tipo de atención para salud mental de la Oferta Programática identificada, según grupo de edad de la población a la que se destinan sus componentes.

Tipo de atención	Niños, niñas y adolescentes	Adultos	Personas mayores	Toda la población	Total de programas	%
Prevención primaria universal	11	4	1	5	20	19,2%
Prevención primaria selectiva	25	17	7	0	46	44,2%
Prevención primaria indicada	4	3	0	4	10	9,6%
Prevención secundaria	4	2	0	3	8	7,7%
Tratamiento	7	7	3	1	14	13,5%
Rehabilitación	2	4	0	1	6	5,8%
Total*	53	37	11	14	104	100%
%*	51%	35,6%	10,6%	13,5%		

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

*El número total y los porcentajes de distribución de los grupos de edad de la población no son sumativos para el total de programas, pues existen 11 programas con más de una población identificada en sus estrategias.

Del total de programas, el 46,2% otorga beneficios organizados como servicios médicos y/o psicosociales ambulatorios, en diversas modalidades e intensidad, que pueden incluir desde orientación individual o grupal, evaluación y diagnóstico, hasta tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos, incluyendo acciones de rehabilitación psicosocial, sin que la intervención necesite que la persona pernocte en el lugar de la atención. Un 53,8% de los programas otorga beneficios organizados como apoyo a la integración, inclusión social y la autonomía de las personas viviendo con trastorno o discapacidad mental, y/o el fortalecimiento psicosocial para una mejor calidad de vida para quienes tienen algún contexto de riesgo social, económico o ambiental. Existen cinco programas que, además de alguna de estas alternativas, incorporan algún componente de apoyo en situación de crisis o que ofrecen una modalidad de internamiento como parte de la atención para el problema de salud mental en una parte de la población que atiende⁷⁶ (Tabla N°15). A juicio del Panel, la baja cifra de este último beneficio se explica porque en este grupo de programas no está incluida la mayor parte de la oferta de servicios de atención de salud, quienes tienen las obligaciones, condiciones y facultades normativas para la atención de urgencia y hospitalización en psiquiatría, además de proveer servicios ambulatorios y de apoyo a la inclusión.

Tabla N°15. Oferta Programática de Salud Mental identificada según el tipo de beneficio global que otorga.

Tipo de atención	Acompañamiento o ambulatorio	Apoyo a la inclusión y calidad de vida	Atención de urgencia o internamiento*	Total de programas	%
Prevención primaria universal	9	11	0	20	19,2%

⁷⁶ Esta categoría se observa en la columna de organización_sistema_2 como Urgencia y Hospitalización/Internación, del Anexo 2.

Prevención selectiva	primaria	5	41	0	46	44,2%
Prevención indicada	primaria	10	0	1	10	9,6%
Prevención secundaria		7	1	1	8	7,7%
Tratamiento		14	0	1	14	13,5
Rehabilitación		3	3	2	6	5,8
Total*		48	56	5	104	100%
%*		46,2%	53,8%	4,8%		

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

* El número total y porcentajes de distribución del tipo de beneficio que otorga no son sumativos, pues existen 5 programas con atención de urgencia o internamiento junto con el beneficio de acompañamiento ambulatorio o de apoyo a la inclusión y calidad de vida que otorgan para la salud mental.

De acuerdo con la información disponible, se observa que las personas beneficiarias reciben intervenciones para la salud mental en entornos no sanitarios en el 84,6% de los programas⁷⁷. En un 19,2% de los programas el lugar de intervención es un establecimiento de salud del sistema público, independientemente del Ministerio a cargo de su presupuesto (Tabla N°16). El Panel evalúa que esto puede ser positivo, en tanto que las recomendaciones internacionales apuntan a ofrecer apoyo a las personas que presentan problemas de salud mental en los diversos lugares en los que ellas están, sin restringirlo a las instalaciones de salud (OMS, 2022). A la inversa, los programas que apuntan a reducir riesgos sociales, económicos o ambientales, que introducen intervenciones de atención en salud mental, pueden hacer sinergia aprovechando los servicios de salud existentes para evitar duplicidades. Este aspecto es considerado en el análisis con mayor detención en el conjunto de 38 programas priorizados para la evaluación.

Tabla N°16. Oferta Programática de Salud Mental identificada según el entorno sanitario o no sanitario en dónde se ejecutan las intervenciones desde la perspectiva de la persona que las recibe.

Tipo de atención	Entorno sanitario	Entorno no sanitario	Total programas	de %
Prevención universal	2	19	20	19,2%
Prevención selectiva	3	44	46	44,2%
Prevención primaria indicada	2	8	10	9,6%
Prevención secundaria	3	5	8	7,7%
Tratamiento	7	8	14	13,5

⁷⁷ Tal como se describe en el Anexo 2, Metodología Parte II en detalle, los entornos no sanitarios pueden ser: Carabineros, Cárcel, Centros de Apoyo a Víctimas, Centros de la Mujer (Municipios), Centros justicia juvenil, Comunidad, Domicilio, Educación, Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad, Modalidad Residencial, Organismos acreditados sin fines de lucro, incluso los servicios otorgados a distancia mediante Tecnologías de comunicación.

Rehabilitación	3	4	6	5,8
Total*	20	88	104	100%
%*	19,2%	84,6%		

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

* El número total y porcentajes de distribución según tipo de entorno no son sumativos para el total de programas, pues existen 4 programas que incluyen intervenciones en entorno sanitario y no sanitario para sus usuarios.

En relación con el tipo de problema y las estrategias para abordarlos, en el 51% de los programas, la dimensión de la salud mental es abordada desde los riesgos psicosociales de manera amplia, en tanto que el 24,1% la abordan desde riesgos psicosociales graves específicos, como es el uso de alcohol y otras drogas (13,5%) y la violencia intrafamiliar (10,6%). Esta última, en sus diversas formas, en particular el maltrato y abuso a niños, niñas y adolescentes, y violencia de género. Un 6,7% de los programas señalan como foco específico la atención de trastornos mentales, a lo que se agrega un programa específico en suicidio y dos programas en demencia. Un 5,8% de los programas incorporan como foco la discapacidad psicosocial (Tabla N°17).

Tabla N°17. OP de Salud Mental identificada, según tipo de problema de salud mental principal que aborda.

Tipo de atención	Tipo de problema de salud mental							
	Riesgo psicosocial	Drogas Alcohol	Violencia intrafamiliar	Trastorno mental	Suicidio	Demencia	Discapacidad psicosocial	Ninguna
Prevención primaria universal	7	4	0	0	0	0	0	9
Prevención primaria selectiva	32	2	10	0	0	0	1	1
Prevención primaria indicada	7	2	0	0	1	0	0	0
Prevención secundaria	4	0	1	2	0	0	1	0
Tratamiento	3	4	0	4	0	2	1	0
Rehabilitación	0	2	0	1	0	0	3	0
Total	53	14	11	7	1	2	6	10
%	51,0%	13,5%	10,6%	6,7%	1,0%	1,9%	5,8%	9,6%

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

De acuerdo con las bases de datos disponibles para el Panel al momento del presente informe, los 104 programas se distribuyen en ocho ministerios. La mayor concentración de programas ejecutados se ubica en el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Midesof), con el 40,4% de los programas, siendo 12 los correspondientes a la OPR por el Panel para la evaluación de la política. Luego, el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (Minint), ejecuta el 17,3%, de los cuales nueve son identificados como relevantes. Al igual que Midesof, el Ministerio de Salud (Minsal) ejecuta 12 programas priorizados, en este caso, el total cubre un 16,3%. El 13,5% es ejecutado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Minju). Luego, la oferta priorizada baja a tres en el Ministerio de Educación (Mineduc), y es seguida por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social (Mintrab), y Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (Minmujer), con uno respectivamente (Tabla N°18).

En el análisis del Panel, el 70% de los programas se concentran en el Midesof, Minint y Minsal, en orden de predominancia. A juicio del Panel, parece apropiado que el sector salud y de desarrollo social se ocupe de manera central de los problemas de salud mental y vulnerabilidad social asociada, y considerando que las estrategias RDD de alcohol y drogas están a cargo de Ministerio de Interior.

Para mayor detalle del análisis realizado en este apartado, es posible consultar el Anexo 3, Base de datos de la clasificación de la Oferta Programática según centralidad, tipo de atención, entorno de la actividad, ciclo de vida y tipo de problema de salud, en el cual se detalla la clasificación que se resume en las tablas 13 a la 17.

Tabla N°18. N° de programas identificados como OP de Salud Mental, clasificados según Ministerio y Servicio como oferta priorizada y complementaria, para la Evaluación Sectorial.

Ministerio	Servicio	Priorizada	Complementaria	Total	%
Ministerio de Desarrollo Social y Familia		12	30	42	40,4%
	Subsecretaría de Servicios Sociales	1	7	8	
	Servicio Nacional de la Discapacidad	-	3	3	
	Servicio Nacional del Adulto Mayor	-	5	5	
	Subsecretaría de la Niñez	4	1	5	
	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	7	13	20	
	Instituto Nacional de la Juventud	-	1	1	
Ministerio de Interior y Seguridad Pública		9	9	18	17,3%
	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	7	6	13	
	Subsecretaría de Prevención del Delito	1	2	3	
	Subsecretaría del Interior	1	-	1	
	Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres	-	1	1	
Ministerio de Salud		12	5	17	16,3%
	Subsecretaría de Redes Asistenciales	10	4	14	
	Subsecretaría de Salud Pública	2	1	3	

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	-	14	14	13,5%
Servicio Nacional de Menores	-	7	7	
Gendarmería de Chile	-	7	7	
Ministerio de Educación	3	5	8	7,7%
Subsecretaría de Educación	-	1	1	
Subsecretaría de Educación Parvularia	-	1	1	
Subsecretaría de Educación Superior	-	1	1	
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	3	2	5	
Ministerio de Trabajo y Previsión Social	1	1	2	1,9%
Subsecretaría del Trabajo	-	1	1	
Instituto de Previsión Social	1	-	1	
Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio	-	2	2	1,9%
Subsecretaría de las Culturas y las Artes	-	2	2	
Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	1	-	1	0,96%
Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género	1	-	1	
Total	38	66	104	

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

Como conclusión del análisis de centralidad los programas priorizados por el Panel y cuyo análisis en detalle se presenta en los siguientes apartados, se detallan en la Tabla N°19:

<i>Tabla N°19. Programas de la oferta pública priorizados para la evaluación de la política de salud mental 2017-2023, según criterios de clasificación principal para el abordaje de problemas de salud mental</i>						
N°	Inicio	Programa	Tipo atención	Ciclo vida	Beneficios	Problema
1	1991	Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS)	Rehabilitación	Todos	Ambulatorio Urgencia Hospitalización	T Mental
2	1998	Habilidades para la Vida	PP Indicada	NNA	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
3	1998	Programa Residencias y Hogares Protegidos	Rehabilitación	Adultos	Inclusión y CV	Discapacidad psicosocial
4	2000	Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores	Tratamiento	Adultos	Ambulatorio	Drogas

		Problemáticos de Drogas y Alcohol				
5	2000	Fono Drogas y Alcohol	PP Indicada	Todos	Ambulatorio	Drogas
6	2001	Programa Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	Rehabilitación	Adultos	Ambulatorio	Drogas
7	2002	Programa Especializado en Intervención con Adolescentes con Conductas Abusivas de Carácter Sexual (PAS)	Tratamiento	NNA	Ambulatorio	T Mental
8	2005	Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD)	P secundaria	NNA	Inclusión y CV	Riesgo psicosocial
9	2005	Salud Responde	P Secundaria	Todos	Ambulatorio	T Mental
10	2005	Residencias de Protección para Niños, Niñas en Situación de Discapacidad (RDD)	Rehabilitación	NNA Adultos	Inclusión y CV	Discapacidad psicosocial
11	2006	Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	Tratamiento	Adultos P Mayor	Ambulatorio	Discapacidad psicosocial
12	2006	Programas de Protección Especializada a Víctimas de Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente (PEE)	Tratamiento	NNA	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
13	2007	Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	P secundaria	NNA	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
14	2007	Programa Tratamiento para Jóvenes y Adolescentes Ingresados al Sistema Penal por Ley N° 20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros Trastornos de Salud Mental	Tratamiento	NNA Adultos	Ambulatorio	Drogas
15	2007	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	PP Indicada	Adultos	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
16	2007	Programa de Apoyo a Víctimas	PP Indicada	Adultos	Ambulatorio	Riesgo psicosocial

17	2007	Programa de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM)	Tratamiento	NNA Adultos	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
18	2008	Habilidades para la Vida II	PP Indicada	NNA	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
19	2008	Subsidio de Discapacidad (Ex Subsidio de Discapacidad Mental)	Rehabilitación	Adultos	Inclusión y CV	Discapacidad psicosocial
20	2008	Abriendo Caminos	PP Indicada	Adultos NNA	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
21	2008	Programa de Intervención con Niños y Niñas institucionalizados y su preparación para la integración a familia alternativa (PRI)	Tratamiento	NNA	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
22	2009	Habilidades para la Vida III	PP Indicada	NNA	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
23	2009	Programa de Protección Ambulatoria para Niños Niñas y Adolescentes Vulnerados en sus Derechos con Discapacidad Grave (PAD)	P secundaria	NNA Adultos	Ambulatorio	Discapacidad psicosocial
24	2011	Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas	PP Indicada	Todos	Ambulatorio	Drogas
25	2011	Apoyo a la Atención en Salud Mental	Tratamiento	NNA	Ambulatorio	T Mental
26	2013	Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada	Tratamiento	Adultos	Ambulatorio Internación	Drogas
27	2015	Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	Rehabilitación	NNA	Ambulatorio Internación	Drogas

28	2015	Programa Nacional de Prevención del Suicidio	PP Indicada	Todos	Ambulatorio	Suicidio
29	2015	Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	Tratamiento	P Mayor	Ambulatorio	Demencia
30	2015	Atención, Protección y Reparación en Violencia contra las Mujeres	P secundaria	Adultos	Ambulatorio	Violencia
31	2016	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	Tratamiento	NNA	Ambulatorio	T Mentales
32	2017	Plan Nacional de Demencia	Tratamiento	P Mayor	Ambulatorio	Demencia
33	2017	Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.	P secundaria	NNA	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
34	2018	Programa de Apoyo a Víctimas de Violencia Rural	PP Indicada	Todos	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
35	2019	Hospital Digital	P secundaria	Todos	Ambulatorio	T Mental
36	2022	Tratamiento y Rehabilitación para Personas en Situación de Calle con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	Tratamiento	Adultos	Ambulatorio	Drogas
37	2022	Programa Salud mental en la atención primaria de Salud	Tratamiento	Todos	Ambulatorio	T Mental
38	2023	Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	P secundaria	Todos	Ambulatorio	Riesgo psicosocial
Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del <i>Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)</i> .						

Cabe mencionar, que en el caso de los servicios dependientes del Minsal, su real oferta de bienes y servicios es mayor a la declarada en la OPR. La falta de disponibilidad de la información sobre éstos representa algunas limitaciones para el análisis, lo que se va señalando a lo largo del documento. En la **oferta de servicios de los proveedores públicos de atención de salud**, es posible identificar servicios que el Panel considera centrales para la evaluación de la política de salud mental, pues se destinan directamente al tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales. De acuerdo a Fonasa, los objetivos del plan de salud del seguro público se cumplen a través de los distintos establecimientos de salud públicos del país y sus objetivos son: “Desarrollar factores protectores de

la salud mental en la población; Evitar o retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles; Detectar y tratar precozmente las enfermedades mentales mediante intervenciones sustentadas en evidencia; Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales de larga evolución, y la de sus familiares y/o cuidador”⁷⁸.

Estos servicios priorizados son las prestaciones de salud mental en el GES, MAI y MLE que no estuvieron accesibles para el Panel, y que están detallados en el Anexo 3. La oferta de estos servicios contempla intervenciones profesionales ambulatorias y hospitalización total o diurna, así como acceso a medicamentos, exámenes de laboratorio e imagenología de acuerdo con indicación médica. Las intervenciones profesionales son de diverso tipo: consultas de salud mental (por médico, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermería, entre otros), incluida la telemedicina, psicodiagnóstico, psicoterapia individual, familiar o grupal, intervenciones psicosociales en escuela, comunidad u organizaciones, visita domiciliaria integral, consultoría de salud mental, entre otras.

Estas intervenciones se realizan como parte de la cartera de prestaciones de los distintos establecimientos de salud, organizadas de acuerdo con el nivel de atención, primario, secundario (ambulatorio especializado) y terciario (hospitalización). La descripción de los distintos niveles de atención del sistema público de salud y qué tipo de instalaciones lo componen se encuentra en detalle en la sección Actores e Institucionalidad, del informe Parte I de la evaluación.

En relación con el análisis del **Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) a causa de enfermedades mentales**, aunque su objetivo es que las personas mantengan su salario en caso de ausentismo laboral por enfermedad, dado que esto ocurre por indicación médica (a través de la ‘licencia médica’), es parte de las acciones que ofrece el sistema público de salud, e incorpora un esfuerzo significativo en el gasto público. En caso de subsidios de los trabajadores dependientes del sector privado, la normativa aplicable es el D.F.L. N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. En el caso de los trabajadores del sector público lo regula la Ley 19.345. Tal como se señaló en el capítulo 4 Metodología, esta información es relevante de considerar dado el alto impacto económico y social que hoy representa en Chile.

Con respecto al **control de los riesgos psicosociales en el trabajo**, el Compendio de Normas de Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales constituyen la normativa vigente del Seguro Social de la Ley N°16.744, en particular el Libro IV del compendio sobre prestaciones preventivas, Capítulo V sobre evaluación de riesgo psicosocial laboral. La norma define que los factores de riesgo psicosocial laboral son “aquellas condiciones que dependen de la organización del trabajo y de las relaciones personales entre quienes trabajan en un lugar, poseen el potencial de afectar el bienestar de las personas, la productividad de la organización o empresa, y pueden generar enfermedades mentales e incluso somáticas en los trabajadores, por lo que su diagnóstico y medición son relevantes en los centros de trabajo” (Suseso, 2024). En este marco, Minsal formuló el Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, que las entidades empleadoras están obligadas a implementar. En resumen, esto implica la aplicación bianual a la totalidad de los trabajadores del *Cuestionario de evaluación del ambiente laboral y salud mental (CEAL-SM)*, cuyos resultados deben gatillar un proceso de autoevaluación y la formulación de planes de mejora organizacional para reducir los riesgos. El cuestionario entró en vigencia en 2023, reemplazando al instrumento que se aplicaba antes, el ISTAS21 (por sus siglas del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de Barcelona, que adaptó y validó del Copenhagen Psychosocial Questionnaire).

Evaluación del Panel

⁷⁸ <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/plan-salud#salud-mental>

En base a estos hallazgos, el Panel concluye:

- El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 integra la historia y experiencia de dos planes nacionales previos, mencionados en la Parte I de este informe de evaluación, al compartir su propósito por la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica, el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, la incorporación de la salud mental en el sistema de salud general con énfasis en el nivel primario, el fortalecimiento de los apoyos comunitarios, la intersectorialidad y la participación social en salud mental. Aunque el 76% de los programas públicos identificados con algún abordaje de salud mental se iniciaron antes del 2017, el Plan Nacional de Salud Mental vigente es un instrumento que profundiza o reorienta la continuidad de esa oferta programática.
- El total de la oferta pública identificada aborda algún factor asociado a la salud mental, ya sea desde la prevención universal fomentando factores protectores, o hasta la rehabilitación psicosocial. Esto es positivo para la implementación de la política, pues ésta señala la importancia de cuidar la salud mental y prevenir los factores de riesgo psicosocial. La oferta programática identificada en términos globales, entonces, da cuenta del abanico de niveles de respuesta a los problemas de salud mental posibles.
- Los programas en su conjunto buscan abarcar a todos los grupos etarios, tal como lo señala la política, lo que es positivo. Llama la atención la elevada proporción de programas destinados a población de NNA, con 51%. Aun cuando el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* incluye a este grupo de población, focalizando en la prevención de los entornos educativos, la prevención del suicidio o condiciones de vulnerabilidad sin especificar es en la población adulta con trastorno mental o discapacidad psicosocial, en donde el Plan prioriza, en coherencia con las prevalencias de trastorno mental y discapacidad psicosocial en el país. En cambio, en los instrumentos del Plan de Acción 2019-2025, Saludablemente 2020-2021 y Construyendo Salud Mental, se focaliza explícitamente en la población de NNA bajo protección del Estado o en conflicto con la justicia, que coincide con un importante número de programas destinados a NNA. Para el Panel esto puede representar reorientaciones que ha tenido la oferta programática para este grupo de población, dados otros instrumentos de política sobre la infancia, lo que se exploró posteriormente a través de las entrevistas grupales sobre la oferta programática priorizada para la evaluación de la política. Esto podría responder a que este grupo de la población ha experimentado situaciones de crisis en el último tiempo y ha sido el centro de varias decisiones a nivel de política pública.
- En un 84,6% de los programas se ejecutan acciones para la salud mental en entornos no sanitarios, lo que es positivo en la medida que esto responde a que la política requiere afrontar los determinantes sociales de la salud mental a través de un abordaje intersectorial, al mismo tiempo que acercar las acciones incluso de tratamiento ahí donde viven las personas. Al mismo tiempo, el Panel tiene en consideración que el tratamiento de trastornos mentales en entornos no sanitarios dejará de ser positivo si los programas lo implementan (por ejemplo, contratando sus propios psiquiatras) por el mero hecho de que el sector salud no cuenta con la capacidad de responder a la demanda de atención especializada en salud mental requerida por los programas ejecutados por el intersector, generando un riesgo de duplicidad de funciones. Este aspecto fue explorado cualitativamente sobre la OPR para la evaluación de la política, y en algunos programas del intersector comienzan a incorporarse profesionales de la salud especializados en salud mental como forma de mitigar las barreras de acceso al sistema de salud.
- La mayor parte de los programas (75%) abordan los riesgos psicosociales como problema de salud mental. El Panel destaca que la violencia en sus diferentes formas y el consumo de drogas son los dos factores de riesgo social más graves y relevantes considerados en la oferta programática, los que no son trastornos mentales, pero que condicionan contextos favorables para la enfermedad mental o hace más difícil su recuperación. En tanto que un número menor (15%) aborda explícitamente trastornos mentales y discapacidad psicosocial, ámbitos que son los centrales en el origen de la política de salud mental. El 10% de los

programas no declaran abordar un problema de salud mental, los que están orientados a desarrollar factores protectores de bienestar y preventivo selectivo en lo psicosocial para el caso de la salud mental. Para el Panel esta configuración representa la amplitud y diversidad de estrategias que ha requerido desplegar la oferta programática pública para proteger la salud mental de la población, dado su determinación social, la magnitud de los trastornos mentales y la especificidad de los riesgos psicosociales en las diferentes subpoblaciones, intentando responder a los problemas y necesidades que demanda la población, lo que es positivo.

- El Panel destaca que el aspecto central de la política es la atención de las personas con trastornos mentales y discapacidad psicosocial, para lo cual adopta un modelo de salud mental comunitaria que se aplicó para la organización del sistema de atención de salud y que promueve la colaboración intersectorial con el sector salud para abordar la determinación social de la salud mental, por lo que el Panel concluyó que la priorización de programas que son relevantes para la evaluación de la política debe ser realizado desde este punto de vista. Si los programas han nacido a partir de otras políticas, es posible que esta centralidad se diluya.
- Siguiendo este criterio, el Panel concluyó sobre el análisis de la centralidad de la oferta programática para la política de salud mental con la selección de un conjunto de 38 programas que, en su propósito principal, pero también en algún componente o actividad, específicamente abordan los trastornos mentales y la discapacidad psicosocial, desde la prevención primaria indicada, la prevención secundaria, el tratamiento y la rehabilitación, y son los que el Panel determinó evaluar en detalle. Es adecuado aplicar este criterio para velar que los programas que se evalúan estén ejecutando la oferta asociada a la política que se pretende evaluar.
- Para efectos de la evaluación de la política, el Panel concluye que existe un conjunto de bienes y servicios ofertados por el Estado que no forman parte del Sistema de Monitoreo de Programas Sociales y No Sociales, que son importantes de considerar si el objetivo es que la evaluación sea comprensiva y holística del nivel estratégico de la política de salud mental. El Panel identifica los servicios de atención que ofrece el sector salud mediado por Fonasa, el subsidio a la incapacidad laboral a causa de discapacidad psicosocial y las nuevas estrategias sobre prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, como parte de ese conjunto de bienes y servicios, y hace un esfuerzo de incorporación en el análisis aun cuando la información disponible fue parcial. En particular, el hecho de que el Panel no recibió la información solicitada a Minsal afectó negativamente la evaluación, invisibilizando el esfuerzo del sector salud sobre la atención de la salud mental. Aunque el Panel comprende el hecho que los bienes y servicios de salud del sector salud en general operan bajo un presupuesto común, el monitoreo de algunos programas como los referidos a la atención primaria, a los programas nacionales de suicidio y demencia, los hogares y residencias protegidos, es muy positivo porque permite el resguardo de los recursos asignados a ellos y ofrecen una oportunidad de crecimiento. En este sentido, el presupuesto destinado a Centros de Salud Mental Comunitaria y a Hospitales de Día de Psiquiatría, dependientes del Minsal, son dos tipos de atención que también podrían ser incorporados al Sistema de Monitoreo.
- Considerando las conclusiones previas, el Panel considera positivo el hecho de que diversos ministerios estén desarrollando programas sociales que incorporan acciones a favor del cuidado de la salud mental, reflejando el necesario abordaje intersectorial cuando aparecen necesidades en esta dimensión. Considera positiva la alta concentración de programas en el Midesof originalmente destinados a factores de riesgo social, que incorporan la dimensión de salud mental como parte de la integralidad de la atención, habida cuenta del riesgo de trastorno mental en contextos de alta vulneración social. La visibilidad de la dimensión de la salud mental en aquellos programas que la incorporan puede ser mejorada en el Sistema de Monitoreo si se registra al menos a nivel de componente del programa. El Panel considera positiva la existencia de programas intersectoriales que luego se convenían con Minsal para asegurar la atención de ciertas poblaciones, pues han permitido mitigar las barreras de acceso a tratamiento, dada la limitada capacidad de oferta de atención ambulatoria

especializada del sector salud, aunque una solución más sostenible es el aumento de oferta de este nivel en el mismo sector salud.

Población a la que se destina la Oferta de Programas pública

En los objetivos y metas del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 se identifica como población priorizada que es sujeto de la política, a las personas con trastorno o enfermedad mental, que en algunos apartados también denomina personas con trastornos psiquiátricos severos o usuarias de servicios de salud mental, y a las personas con discapacidad de origen mental. En este marco, identifica poblaciones con mayor riesgo de enfermedad mental dados ciertos determinantes y vulnerabilidades sociales, o con mayores barreras para su recuperación dadas esas vulnerabilidades.

Establece también el resguardo de los derechos de las poblaciones al momento de tener una enfermedad mental:

- a. Niños, niñas y adolescentes, en particular en establecimientos educacionales, en riesgo social o condición de vulnerabilidad, en sistemas de protección o institucionalizados y en conflicto con la justicia;
- b. Personas mayores;
- c. Personas pertenecientes a pueblos indígenas o pueblos originarios;
- d. Trabajadores;
- e. Población inmigrante internacional;
- f. Personas privadas de libertad o en conflicto con la justicia;
- g. Personas en situación de calle;
- h. Personas con riesgo suicida;
- i. Personas con consumo de alcohol y otras drogas;
- j. Personas pertenecientes a diversidades sexuales;
- k. Familiares y cuidadores de personas con trastorno o discapacidad mental.

En los objetivos de participación consultiva, también considera metas con actividades destinadas a la comunidad y sociedad civil en general.

Por otra parte, el programa Saludablemente 2020-2021, generado en el contexto de pandemia Covid-19 y que reconoce como marco el Plan Nacional, prioriza la población considerando los riesgos para desarrollar trastornos mentales dado el contexto de confinamiento y emergencia sanitaria: a) Trabajadores de la salud; b) Trabajadores; c) Niños, niñas y adolescentes, incluyendo a quienes presentan necesidades educativas especiales y bajo protección del Estado; d) Personas mayores ; e) Personas con trastorno mental; f) Personas con discapacidad mental; g) Personas con consumo de alcohol y drogas; h) Personas en situación de calle; i) Mujeres embarazadas, padres, madres y cuidador(a)s; j) Docentes, estudiantes, comunidad educativa; k) Mujeres; l) Personas migrantes; m) Pueblos indígenas; n) Población LGBTIQ+; o) Personas privadas de libertad; p) Población en duelo por fallecimiento Covid-19.

El programa Construyendo Salud Mental 2022-2026, reconoce como marco el Plan Nacional y enfatiza la atención de los problemas de salud mental en la población de: a) Niños, niñas y adolescentes con trastorno mental y en especial bajo protección del Estado y en establecimiento educacionales; b) Personas con trastorno mental y discapacidad; c) Personas con demencia y personas cuidadoras de personas con demencia ; d) Trabajadores; e) Personas LGBTI+; f) Personas del espectro autista; g) Personas en situación de emergencias y desastres; h) Trabajadores de la salud; i) Población general y mortalidad en exceso por condiciones mentales; j) Personas con riesgo suicida.

Por último, la Ley 21.331 de 2021 se centra en los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, personas con discapacidad psíquica y personas con discapacidad intelectual.

La política de salud mental, por tanto, se focaliza en la población con trastorno mental y discapacidad psicosocial. Además, reconoce poblaciones, que por ciertas condiciones que determinan socialmente una mayor vulnerabilidad, son priorizadas como población en situación de mayor riesgo de presentar problemas de salud mental o que requieren atención especial para su recuperación al momento de tener un trastorno mental.

Análisis de la población potencial (PP), objetivo (PO), beneficiada (PB) y la Focalización en el Diseño de la oferta programática

En este apartado el análisis del diseño de la oferta programática se realizará en base a la revisión de las definiciones de población potencial (PP), población objetivo (PO), criterios de focalización utilizados para la definición de la población objetivo (PO) y los criterios de selección para la población beneficiada (PB), declaradas por los propios programas en el proceso de monitoreo. Las definiciones a analizar son las consideradas en el proceso de monitoreo de programas SES/Dipres.

Para analizar las definiciones de las PP y PO de los 38 programas, y considerando los principales factores para definir dichas poblaciones, se han creado tres categorías: Según instrumento o estadística, Condición institucional o legal y Formulación operacional. En la tabla N°20 se muestran las descripciones para cada categoría.

Tabla N°20. Descripción de los criterios para definir las PP y PO según categorías

Nombre Categoría	Descripción
Instrumento estadístico	Refiere a la aplicación de un instrumento estandarizado especialmente diseñado para estimar el problema o la aplicación de una cifra estadística proveniente de alguna encuesta nacional
Condición legal o institucional	Poblaciones que bajo decisiones de tipo legal se encuentran en determinadas condiciones institucionales, la cual define su problema
Formulación operacional	Criterios operacionales que los equipos de atención aplican para considerar que las personas están afectadas por el problema

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres).

Luego, para analizar los criterios de focalización utilizados por los 38 programas, y considerando los principales factores para definir dichos criterios, se han creado cinco categorías: Territorialización, Condición institucional o legal, Medida de vulnerabilidad, tener seguro Fonasa y no declarar criterios de focalización. En la siguiente tabla se muestran las descripciones para cada categoría.

Tabla N°21: Descripción de los criterios de focalización para definir las PO según categorías

Nombre Categoría	Descripción
Territorialización	Refiere al uso del criterio geográfico-espacial para focalizar la atención en territorios que por sus características requieran o den viabilidad a la atención
Condición legal o institucional	Refiere a poblaciones que bajo decisiones de tipo legal se encuentran en determinadas condiciones institucionales, la cual define su problema y la hace equivalente a la PP.
Medida de vulnerabilidad	Aplicación de una medida estadística utilizada por ciertas reparticiones del estado como educación, que categorizan los establecimientos. También se encuentran medidas de vulnerabilidad socioeconómica que determina el nivel según ubicación en uno continuo (deciles o quintiles)
Fonasa	Afiliación a al seguro público Fonasa
No declara criterios de focalización	

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres).

En cuanto a los criterios de selección de la PB utilizados por los 38 programas, y considerando los principales factores para definir dichas poblaciones, se han creado cuatro categorías: Riesgo acumulados, Operativos, Demanda espontánea y no declara criterios. Al momento de atender a las personas afectadas por el problema definido, los programas aplican criterios de priorización, esto ocurre en programas que declaran aplicar criterios de focalización. Los riesgos acumulados suponen la aplicación de una pauta o lista de chequeo que registra los riesgos que el equipo de salud identifica. Los criterios operativos tienen relación con ciertas condiciones de atención determinadas por los programas, como por ejemplo capacidades técnicas o de infraestructura para atender a la población con una determinada necesidad.

Análisis de la Población Potencial

Tal como lo muestra la Tabla N°22, se observa que 28 programas usan alguna formulación operacional, donde se identifican descriptores conceptuales del problema, pero sin uso de medidas estandarizadas ni estadísticas. Esto se da mayormente (15 programas) en el caso de los trastornos mentales que se definen según clasificaciones diagnósticas; por ejemplo, programas que atienden consumo problemático de sustancias, trastorno mental o riesgo psicosocial. Seis programas usan algún instrumento o estadística para la definición de su PP, por ejemplo, programas que atienden dependencia severa medida según el Índice de Barthel. Y otros cuatro lo hacen a través de una condición institucional o legal, por ejemplo, programas que atienden a infancia vulnerada cuya población es definida por una orden de Tribunal.

Análisis de la Población Objetivo

Para algunos programas, la PO es equivalente a la PP, lo que a juicio del panel es adecuado pues corresponden a poblaciones acotadas⁷⁹. La mayor parte de los programas (33) usa alguna formulación operacional, identificando descriptores conceptuales del problema, donde no se advierten medidas estandarizadas ni estadísticas. Esto se da mayormente (18 programas) en el caso de los trastornos mentales que se definen según clasificaciones diagnósticas. Cuatro programas definen su PO a través de una condición institucional o legal, y uno usa algún instrumento o estadística para la definición de su PO.

Criterios de Focalización

Un número importante de programas (18) declaran usar medidas o criterios de vulnerabilidad para focalizar la atención que entregan. Luego, diez programas usan como criterio de focalización pertenecer a Fonasa, en tanto, seis programas lo hacen según condición institucional. Un programa señala criterio territorial. Cuatro programas no declaran criterios de focalización.

Criterios de Selección para la PB

La mayor parte de los programas (28) declaran utilizar criterios operativos para la priorización de su población beneficiaria. Cinco programas identifican riesgos acumulados y otros tres por demanda espontánea. Dos no declaran criterios de priorización.

A juicio del panel, tanto los criterios de focalización como los de selección son adecuadamente definidos y aplicados.

Lo analizado se organiza en la Tabla N°22, la que muestra el número de programas según definiciones de población potencial (PP), población objetivo (PO), criterios de focalización utilizados

⁷⁹ El análisis de su desempeño se realiza más adelante.

para la definición de la población objetivo (PO) y los criterios de selección para la población beneficiada (PB). Para realizar esta revisión se han agrupado los 38 programas según ciclo de vida y tipo de problemas.

Tabla N°22. N° de Programas de la OPR de acuerdo con las Características de diseño de las poblaciones de los programas, según Ciclo de Vida y Tipo de Problema (PP=Población Potencial, PO= Población Objetivo y PB=Población Beneficiaria)

Ciclo de vida	NNA		Adulto y Adulto Mayor ⁸⁰		Todos		Total
Tipo de Problemas	Riesgo Psicosocial	Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa	Riesgo Psicosocial y Violencia ⁸¹	Drogas/ Alcohol, Demencia y Discapacidad psicosocial severa	Riesgo Psicosocial	Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol y Suicidio	
Definición PP							
Estimación de problema según instrumento o estadística	2	-	-	2	-	2	6
Según condición institucional o legal	1	2	-	1	-	-	4
Formulación operacional del problema	9	4	3	4	1	7	28
Definición PO							
Estimación de problema según instrumento o estadística	-	-	-	-	-	1	1
Según condición institucional o legal	1	2	-	1	-	-	4
Formulación operacional del problema	11	4	3	6	1	8	33
Criterios de Focalización							
Territorialización	-	-	1	-	-	-	1
Tribunal/ Condición institucional	1	2	1	1	-	1	6
Medida de Vulnerabilidad	9	4	1	1	-	3	18
Fonasa	2	-		4	1	2	10
No declara criterios de Focalización	-	-	-	1	-	3	4

⁸⁰ Tal como ya ha sido señalado no es posible separar estas categorías, pues hay programas que atienden a adultos incluyendo adultos mayores, es decir, 18 años o más. En todos estos casos se atienden adultos y adultos mayores, de allí es que se optó por sumar a los programas que atienden solo adultos mayores pues son un número muy menor.

⁸¹ En adultos y adultos mayores se agrega violencia a la categoría riesgo psicosocial porque solo hay programas dirigidos a este grupo etario que la tienen como problema principal.

Criterios de Selección para PB							
Riesgo acumulado	1	-	2	-	1	1	3
Operativos	11	6	1	6	-	4	6
Demanda espontánea	-	-	-	1	-	2	2
No declara criterios	-	-	-	-	-	2	

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres).

Población objetivo de la OPR según edad y problema

Los rangos etarios definidos por los programas para sus poblaciones objetivo son muy diversos. Esto es especialmente notorio para los NNA, pues se expresan muchos rangos que van de los 0 a los 25 años, donde dependiendo del problema, los programas definen segmentos de edad. Como ya se ha explicado, para este informe preliminar el panel ha propuesto usar cuatro grandes categorías etarias (NNA, Adulto, Personas Mayores y Todas). Sin embargo, para el presente análisis se ha optado por desagregar la categoría de NNA, en vistas a mostrar la diversidad de subagrupaciones definidas por los programas para sus poblaciones objetivo. Las subagrupaciones son tramos de edad declarados por los programas como PO y/o PB. No es posible sumar la cuantificación de la tabla porque hay programas que consideran más de un tramo de edad.

En la Tabla 23, se observa que tanto el rango etario de 0 a 18 como el de adulto exhiben más de un programa para varios problemas. Al observar con detención los programas que aportan a esta situación (ver Anexo 4), se identifican importantes diferencias entre los programas respecto a la especificidad o generalidad del problema de salud mental que atienden, al nivel de atención y al tipo de población que los sufre. Lo anterior debe tenerse en cuenta a la hora de cuantificar de manera agrupada a las poblaciones objetivo de la OPR y los consecuentes cálculos de coberturas, especialmente en lo que refiere a la interpretación de los datos, y considerar que el bien o servicio que entregan pueden ser diferentes.

Tabla N°23. N° de programas de la OPR de acuerdo con la descripción población objetivo de la OPR según edad y Problema

Edad	Problema				Trastornos mentales	Drogas y Alcohol	Demencia	Discapacidad Psicosocial Severa	Violencia	Suicidio
	Riesgo Psicosocial ⁸²									
	Educación	Desarrollo	Derechos	Otros						
6 a 18 meses								1		
0 a 9 años		1			1					
4 a 9 años	1									
10 a 14 años	1									
12 a 25 años	1									
0 a 18 años			4	2	5	2				1
10 a 18 años					1	1				

⁸² La desagregación del riesgo psicosocial mostrada en la tabla refiere a programas que atienden riesgo psicosocial en contextos educacionales, en contexto de salud que atienden situaciones de desarrollo, en contexto de vulneración de derecho y, por último, otros programas que también refieren al concepto.

menores de 20 años						1				
0 a 24 años			1					1		
14+						1				
Adultos		2		3	5	4		3	2	1
Persona Mayor							2			

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)

Una cuestión fundamental por analizar es el nivel de atención donde se ubican los distintos programas, pues al ser diferentes los niveles de atención, incide en el abultamiento de algunos en ciertas edades y problemas. Este tema será abordado en el análisis de estrategia desarrollado en la sección de “Enfoques, estrategias y ejecutores”.

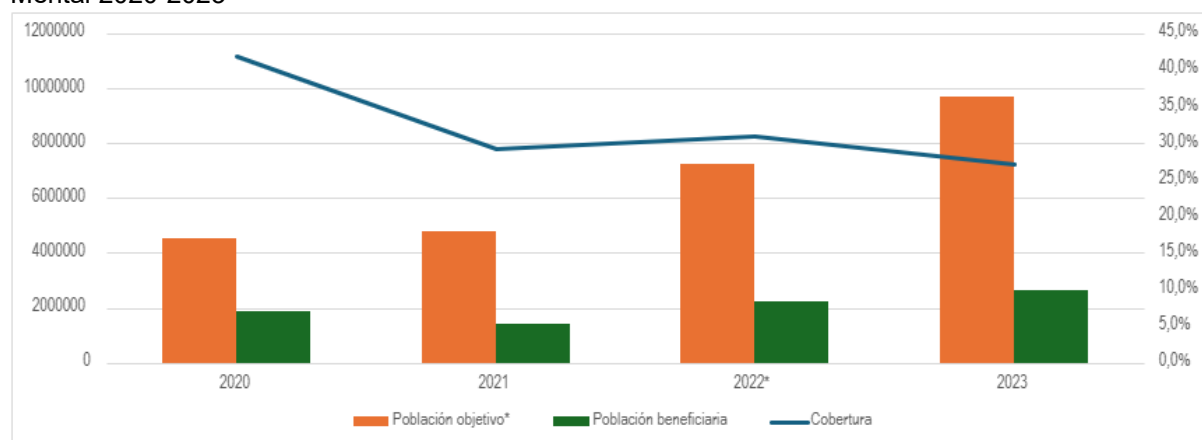
Desempeño de la oferta programática

Cobertura de la Oferta

El desempeño de la oferta programática en términos de la población a la que se destina la política de salud mental puede analizarse a través de un análisis de las tendencias en el tiempo, particularmente de la población objetivo y beneficiaria que permiten estimar una cobertura⁸³ (Figura 5.2.1). Tomando datos del período 2020-2023, se observa un incremento de la población objetivo de un 38,3% en promedio anual, incrementando de 4,5 a casi 9,7 millones de personas. En tanto, la población beneficiaria de la OPR se incrementa en un 13% de promedio anual, incrementando desde 1,9 a 2,6 millones de personas en el período analizado. La cobertura estimada de la oferta oscila entre un 41,8% (2020), disminuyendo a un 27% (2023). A juicio del Panel, los datos observados sugieren una expansión de la oferta en el tiempo orientada a alcanzar a nuevos beneficiarios, pero que no ha apuntado a cerrar las brechas de cobertura en base a la población objetiva inicialmente definida, como primer paso. Si bien existen factores contextuales (pandemia Covid-19) que pueden explicar en parte lo observado, a juicio del Panel se observa un patrón que es necesario revisar. En el futuro, el Panel considera fundamental balancear un incremento de la cobertura de la mano de un incremento de la población beneficiaria, lo que debería ser activamente monitoreado.

⁸³ El panel utiliza como definición operativa de cobertura, el cociente entre población beneficiaria y población objetivo para cada año: Cobertura = PB/PO.

Figura 5.2.1. Población objetivo, beneficiaria y cobertura oferta programática priorizada de Salud Mental 2020-2023



Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

Población potencial

Al analizar la población potencial (PP) declarada por subgrupos de OPR, se observa que un 99,8% corresponde al contexto ambulatorio, particularmente en entornos no sanitarios (53% de la población potencial). Esto es esperable, dado que los servicios de hospitalización y atención especializada en salud mental del sector salud no están contenidos en la información de la OPR. En términos de tipo de atención, un 54,5% de la población potencial se identifica en programas de prevención primaria indicada, en tanto sólo un 3,9% corresponde a prevención secundaria y un 13,7% a tratamiento. Al analizar la oferta programática por ciclo de vida, un 81,4% de la población potencial se identifica en población general. Por tipo de problema de SM al que se orienta la OPR, la principal población potencial (38,5%) se identifica vinculada en programas orientados al manejo de los trastornos mentales en general (no especificado), seguido por drogas y alcohol (37,1%) (Tabla 5.2.5).

Población objetivo

Al analizar la población objetivo (PO) declarada por subgrupos de OPR, se observa que el 99,6% corresponde al contexto ambulatorio, predominando particularmente en entornos sanitarios (69,9% de la PO). En términos de tipo de atención, un 41,6% de la población objetivo se identifica en programas de tratamiento. Al analizar la oferta programática por ciclo de vida, un 51,2% de la población objetivo se identifica con la población general en contraste de apenas un 0,1% en que la población objetivo corresponde a personas mayores. Por tipo de problema de SM al que se orienta la OPR, la principal población objetivo (48,6%) se identifica vinculada en programas orientados al manejo de trastornos mentales en general (no especificado) y un 44,2% para el manejo de riesgos psicosociales (Tabla 5.2.5).

Población beneficiaria

La población beneficiaria de la OPR de Salud Mental para el año 2023 asciende a 2.618.131 beneficiarios^{84,85}, considerando que una persona puede ser beneficiaria de más de un programa. La ausencia de información sobre si un beneficiario participa en más de un programa es una limitación importante identificada por el Panel sobre la disponibilidad de datos para la evaluación del desempeño de la política (Tabla N°24).

Tal como se ha expresado en secciones previas de esta Evaluación, el Panel considera necesario reiterar que la OPR de Salud Mental monitoreada corresponde a un subconjunto de toda la oferta de beneficios y servicios del Estado como parte de la política pública, lo que limita las conclusiones en relación con la población alcanzada. Al respecto, y a modo de ejemplo, cabe mencionar que el Minsal reporta 956.913 personas bajo control al cierre del año 2023 en el Programa de Salud Mental del Minsal⁸⁶, lo que más que duplica a las 425.220 personas reportadas en el Programa Salud Mental en la Atención Primaria de Salud (PSMAPS) identificada como parte de la OPR, y que corresponde a un subconjunto del Programa de Salud Mental. Para el mismo año, la población beneficiaria del régimen de Garantías Explícitas en Salud para los 5 problemas de salud incluidos en el GES, que corresponden al ámbito de la salud mental, asciende a 91.888 personas⁸⁷. No es posible confirmar con exactitud en qué medida esta población está ya incorporada en las cifras de población beneficiaria reportada en el PSMAPS, en tanto un subconjunto de los casos GES son atendidos en la Atención Primaria de Salud. La ausencia de una base de datos unificada que incorpore toda la oferta de beneficios y servicios, que permita un análisis nominalizado dificulta concluir de manera precisa la población beneficiaria efectiva de la actual oferta de salud mental. En este contexto, el Panel consideró oportuno analizar la mejor información disponible, advertidas sus limitaciones.

Al analizar la población beneficiaria (PB) declarada por subgrupos de OPR, se observa que el 53% corresponde al contexto sanitario y 47% a un contexto no sanitario. El 99% de la oferta corresponde a programas de carácter ambulatorio y el 1% restante es de tipo residencial. En términos de tipo de atención, un 62,2% de la población beneficiaria se identifica en programas de prevención primaria indicada, seguido por un 20,8% de tratamiento. Al analizar la oferta programática por ciclo de vida, la PB se orienta en un 42,8% para NNA y un 37,4% para adultos. Apenas un 0,4% de la población beneficiaria corresponde a personas mayores, reflejando la escasa oferta programática especializada en la salud mental de este grupo de la población. Por tipo de problema de SM al que

⁸⁴ De la información disponible por parte del Panel, no es posible diferenciar con claridad en qué casos la unidad de la población beneficiaria corresponde a personas-año o atenciones-año. En este último caso, existe la posibilidad de población beneficiaria duplicada.

⁸⁵ Para efectos de los análisis presentados, el Panel decide excluir tres programas que, siendo considerados como parte de la OPR, su inclusión generaba distorsiones en los análisis que afectan la interpretabilidad de los resultados estos programas son: 1) DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas tiene una población beneficiaria de (1,75 millones de beneficiarios); 2) Hospital digital (948.929 beneficiarios); y 3) Salud Responde (702.702 de beneficiarios). Esta decisión se adopta ante la necesidad de hacer una revisión de la definición y forma de contar a la población beneficiaria en caso del primer Programa (cifras implausibles), en tanto en el caso de los otros dos programas, dada su naturaleza de apuntar a todo tipo de problemas de salud y no específicamente al ámbito de salud mental, la información provista para la totalidad del programa no refleja adecuadamente su contribución específica a la OPR de Salud Mental. En estos casos, se ha solicitado información adicional sobre los componentes específicamente acotados al ámbito de salud mental para delimitar adecuadamente las poblaciones y su análisis.

⁸⁶ Tablero Programa Salud Mental, DEIS MINSAL: Consultado el 22 de noviembre de 2024. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2Fad0c03ad-ee7a-4da4-bcc7-73d6e12920cf§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

⁸⁷ Número de personas a las que se les ha creado al menos una vez el caso en cada problema de salud por año (datos provistos por MINSAL).

se orienta la OPR, la principal población beneficiaria se encuentra en los programas orientados al manejo de riesgos psicosociales (69% de la PB), seguido por un 19,8% al manejo de los trastornos mentales en general y un 7,3% a la Violencia Intrafamiliar. La población beneficiada por problemas de drogas y alcohol, discapacidad psicosocial severa y demencia son menores al 2% de toda la población beneficiada por la OPR para la política de salud mental (Tabla 24).

Tabla N°24. Poblaciones y coberturas por subgrupos de la oferta programática relevante de salud mental en el año 2023.

Subgrupo de OPR	Población potencial (2023)		Población objetivo (2023)		Población beneficiada (2023)		Cobertura (2023)	Proporción población potencial incluida en la pob. objetivo (2023)
	n	% (total)	n	% (total)	n	% (total)		
Total general	50.340.072		9.682.987		2.618.131		27,0%	19,2%
Por tipo de beneficio								
No sanitario	26.681.954	53,0%	2.917.959	30,1%	1.231.527	47,0%	42,2%	10,9%
Ambulatorio	26.603.792	52,8%	2.871.228	29,7%	1.204.600	46,0%	42,0%	10,8%
Inclusión y calidad de vida	78.162	0,2%	46.731	0,5%	26.927	1,0%	57,6%	59,8%
Sanitario	23.658.118	47,0%	6.765.028	69,9%	1.386.604	53,0%	20,5%	28,6%
Ambulatorio	23.658.118	47,0%	6.765.028	69,9%	1.386.604	53,0%	20,5%	28,6%
Por tipo de atención								
Prevención primaria indicada	27.412.478	54,5%	3.202.207	33,1%	1.628.747	62,2%	50,9%	11,7%
Prevención secundaria	1.983.754	3,9%	1.463.174	15,1%	342.921	13,1%	23,4%	73,8%
Rehabilitación	14.026.841	27,9%	987.234	10,2%	101.706	3,9%	10,3%	7,0%
Tratamiento	6.916.999	13,7%	4.030.372	41,6%	544.757	20,8%	13,5%	58,3%
Por grupo de ciclo de vida								
Adultos	3.206.028	6,4%	1.305.583	13,5%	979.430	37,4%	75,0%	40,7%
NNA	5.570.140	11,1%	3.411.434	35,2%	1.119.299	42,8%	32,8%	61,2%
Persona mayor	577.822	1,15%	11.600	0,1%	9.914	0,4%	85,5%	2,0%

Todos	40.986.082	81,4%	4.954.370	51,2%	509.488	19,5%	10,3%	12,1%
Por grupo problema SM								
Demencia	577.822	1,1%	11.600	0,1%	9.914	0,4%	85,5%	2,0%
Discapacidad psicosocial severa	132.652	0,3%	54.390	0,6%	35.536	1,4%	65,3%	41,0%
Drogas y Alcohol	18.685.721	37,1%	218.999	2,3%	50.218	1,9%	22,9%	1,2%
Riesgo psicosocial	11.141.361	22,1%	4.280.663	44,2%	1.807.149	69,0%	42,2%	38,4%
Suicidio	102.017	0,2%	102.017	1,1%	5.044	0,2%	4,9%	100,0%
Trastornos mentales	19.390.307	38,5%	4.705.126	48,6%	519.154	19,8%	11,0%	24,3%
Violencia Intrafamiliar	310.192	0,6%	310.192	3,2%	191.116	7,3%	61,6%	100,0%

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

Focalización y cobertura

Un primer nivel de interés se relaciona con la focalización de la oferta programática. La oferta programática incorpora un 19,2% de la población potencial como población objetivo para el año 2023. Esto puede interpretarse tal que 1 de cada 5 personas potencialmente beneficiarias de la política pública está siendo incorporada en el diseño de la política como parte del objetivo de ésta. Es importante destacar que esta cifra debe ser interpretada con cautela, en tanto en el marco de esta evaluación no ha sido posible contar con poblaciones objetivos, potenciales y beneficiadas nominalizadas. Por tanto, es esperable que existan duplicidades de conteos tanto en el numerador como el denominador al sumar diversos programas. Con todo, esta estimación es el mejor proxy disponible a la fecha para poder evaluar el desempeño de la oferta programática en salud mental en términos globales.

Por otro lado, el Panel consideró necesario analizar la cobertura de la OPR en su conjunto y desagregada a nivel de Servicios y subgrupos de la OPR. La OPR en su conjunto en base a sus poblaciones objetivo (n=9.682.987) y beneficiarias (n=2.618.131) declaradas para el año 2023, muestra una cobertura del 27%. Esto es, aproximadamente 1 de cada 4 personas incorporada en el diseño de la política como parte del objetivo de esta está siendo efectivamente beneficiaria. En opinión del Panel, estas cifras sugieren que existe una brecha significativa entre la demanda potencial y la oferta programática disponible por parte del Estado.

Un análisis de la cobertura por Ministerio y Servicio muestra que las coberturas más bajas se observan en el Minsal (11,6%). El caso de Salud es particularmente llamativo, en tanto su población objetivo corresponde al 51,8% de toda la población objetivo de la OPR de Salud Mental, pero solo representa un 22,3% de la población beneficiaria de la OPR de Salud Mental. Este hallazgo es concordante con los datos cualitativos recabados en el marco de esta Evaluación Sectorial en que se destacan la insuficiente oferta pública brindada por el sistema de salud público en el marco del trabajo intersectorial (Tabla 25). A juicio del Panel, existen elementos suficientes para sostener que existe una oferta insuficiente de servicios de salud mental por parte del sector salud, lo que es particularmente sensible en tanto se trata del Ministerio con la responsabilidad y mandato legal de garantizar los servicios desde los ámbitos promocionales, preventivos, de tratamiento y rehabilitación para la salud, que incluye la salud mental. Por tanto, a juicio del Panel esto requiere ser subsanado de manera prioritaria en el marco de la OPR.

Tabla N°25. Poblaciones y coberturas por subgrupos de la oferta programática relevante de salud mental

Ministerio y Servicio	Población objetivo (2023)		Población beneficiada (2023)		Cobertura (2023)
	n	% (total)	n	% (total)	%
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	1.870.512	19,3%	860.454	32,9%	46,0%
Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	117.522	1,2%	58.835	2,2%	50,1%
Subsecretaría de la Niñez	1.718.531	17,7%	800.649	30,6%	46,6%

Subsecretaría de Servicios Sociales	34.459	0,4%	970	0,0%	2,8%
Ministerio de Educación	2.140.856	22,1%	865.491	33,1%	40,4%
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	2.140.856	22,1%	865.491	33,1%	40,4%
Ministerio de Interior y Seguridad Pública	317.379	3,3%	93.375	3,6%	29,4%
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	218.999	2,3%	50.218	1,9%	22,9%
Subsecretaría de Prevención del Delito	95.880	1,0%	42.593	1,6%	44,4%
Subsecretaría del Interior	2.500	0,0%	564	0,0%	22,6%
Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	310.192	3,2%	191.116	7,3%	61,6%
Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género	310.192	3,2%	191.116	7,3%	61,6%
Ministerio de Salud	5.019.468	51,8%	583.115	22,3%	11,6%
Subsecretaría de Redes Asistenciales	4.917.451	50,8%	578.071	22,1%	11,8%
Subsecretaría de Salud Pública	102.017	1,1%	5.044	0,2%	4,9%
Ministerio de Trabajo y Previsión Social	24.580	0,3%	24.580	0,9%	100,0%
Instituto de Previsión Social	24.580	0,3%	24.580	0,9%	100,0%
Total general	9.682.987	100,0%	2.618.131	100,0%	27,0%

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

En una mirada de las coberturas por subgrupos de la OPR, las tasas más altas y más bajas identificadas son:

- Por contexto de atención, en los ámbitos de atención sanitarios se encuentran tasas de coberturas más bajas (20,5%), en contraste con los contextos no sanitarios (42,2%).
- Por tipo de atención, la cobertura va a la baja desde los niveles de menor complejidad a mayor complejidad de la atención, con un 50,9% de cobertura en prevención primaria indicada (50,9%) y llegando a apenas un 13,5% en tratamiento y 10,3% rehabilitación, subrayando las grandes brechas de oferta en atención sanitaria para la población con trastornos de salud mental. A juicio del Panel, las coberturas de tratamiento y rehabilitación deberían ser superiores al 50%, considerando las recomendaciones del Plan de Acción Integral sobre la Salud Mental de la OMS 2013-2030 y datos de la literatura internacional (Jaeschke et al, 2021; Santomauro et al, 2021).

- Por grupo de ciclo de vida, tasas más altas en las categorías “persona mayor” (85,5%) y “adultos” (75%), y con coberturas más bajas para categorías “NNA” (32,8%) y “población general” (10,3%). Paradojalmente a la escasa oferta programática identificada para personas mayores, las coberturas reportadas son las más altas para este grupo (85,5%). A juicio del Panel, esto responde a un problema en la identificación de las poblaciones objetivo más que un alto nivel de cobertura⁸⁸. Las coberturas son significativamente menores en NNA (32,8%), pese a una importante y diversa oferta para esta población, y para población general (10,3%).
- Por grupo de problema de salud mental: 85,5% para demencia, seguido de un 65,3% para discapacidad psicosocial severa y un 61,6% para violencia intrafamiliar. La más baja cobertura se encuentra en los programas orientados a suicidio (4,9%), con también muy bajas coberturas en los programas para los trastornos mentales en general (11%).

Dado el hallazgo de bajas coberturas en el ámbito de tratamiento y las limitaciones de los datos disponibles, el Panel realizó un análisis complementario para intentar estimar una cobertura de tratamiento de los problemas de salud mental en el marco de la oferta pública. Para ello se utilizaron los siguientes supuestos:

1. La población objetivo fue estimada a partir de la prevalencia población esperada de trastornos de salud mental anual (TSM) en la población chilena, diferenciando la prevalencia en menores de 15 años (prevalencia anual de TSM 22,5% a partir de Vicente et al (2016)) y de 15 años y más (prevalencia anual de TSM 15,8% a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017). La población de referencia del país usada para este ejercicio, son las proyecciones INE por grupos de edad para el año 2023. A partir de esta metodología se estiman 3.403.253 personas cursando algún trastorno de salud mental para el año 2023 en Chile.
2. La población objetivo se asume en un 80% como población beneficiaria FONASA para realizar una estimación de cobertura consistente con el ámbito de responsabilidad directa de tratamiento del Estado. De esta manera, para el año 2023 se estiman 2.722.602 personas beneficiarias FONASA con un trastorno de salud mental.
3. La población beneficiaria fue estimada a partir de: a) Los datos de la OPR de Salud Mental monitoreada disponible en el RIS; y b) Los datos públicos de población en control del Programa de Salud Mental del Minsal. Para reducir el riesgo de doble conteo, se resta de los datos de la OPR de Salud Mental, la población beneficiaria reportada por el Programa de Salud Mental de la Atención Primaria dado que este es un subconjunto del Programa de Salud Mental reportado en las bases de datos de la RIS. En base a esta estimación, la población beneficiada en programas de tratamiento por el Estado alcanza 1.076.450. Para un detalle de este análisis ver Anexo 5.
4. A partir de 2) y 3) se estima una cobertura de tratamiento de la oferta de salud mental del Estado de aproximadamente un 39,5% de la población objetivo, menor al 50% mínimo aceptable considerado por el Panel.

En base a estos antecedentes, el Panel considera que existe suficiente evidencia, tanto cuantitativa como cualitativa, de brechas significativas en la oferta pública para satisfacer las necesidades de salud en el ámbito de la salud mental, las que requieren un plan articulado y estructurado para el cierre de brechas a nivel de país.

⁸⁸ La población objetivo de la OPR corresponde a 11.600 personas mayores. A modo de ejemplo, se estima que la prevalencia de demencia en personas mayores de 60 años en Chile es de un 7% (Fuentes et al, 2014). Para una población de adultos mayores de 2.260.222 personas (INE 2019), esto corresponde a más de 158 mil personas mayores con demencia. Sin contar otros trastornos de salud mental que pueden afectar a esta población, observamos una población objetivo casi 13 veces menor a la población estimada afectada por una demencia, razón por la que el Panel considera que existe un problema de identificación.

Evaluación del panel

En base a estos hallazgos, el Panel concluye:

- En base a lo analizado es posible afirmar que los programas aplican de manera pertinente criterios de focalización, ya sea por condición institucional o legal, pertenencia al seguro público (Fonasa), territorialidad y vulnerabilidad. Lo anterior, permite concluir que los programas definen adecuadamente sus poblaciones objetivo, esto es, la población a la que esperan llegar. En consonancia con el informe de monitoreo 2023 (Midesof & Dipres, 2024), el Panel confirma que los programas cuentan con diseños pertinentes para identificar y priorizar las poblaciones que proponen atender en el mediano plazo.
- Luego, la mayor parte de los programas (28) declaran utilizar criterios operativos para la priorización de su población beneficiaria. Cinco programas identifican riesgos acumulados y otros tres por demanda espontánea. Dos no declaran criterios de priorización.
- En términos del desempeño, y con cierta imprecisión dada la imposibilidad de contar con datos nominalizados, se observa una cobertura de la OPR a la baja, con una población objetivo creciendo más rápido que la capacidad de oferta. A nivel de diseño de la política pública, esto debe ser revisado, en tanto avanzar en la incorporación de nuevas poblaciones sin haber logrado asegurar un acceso efectivo a las poblaciones objetivos ya definidas atenta contra la sostenibilidad, legitimidad y la eficacia de la política pública.
- Así mismo, el Panel considera suficiente la información disponible para concluir que existen brechas significativas de la oferta de servicios en el ámbito de la salud mental, particularmente en las dimensiones de tratamiento y rehabilitación. En todos los grupos poblacionales se identifican brechas importantes en la oferta, en particular en tratamiento especializado de salud mental a cargo del sector salud.
- Como se ha constatado en el análisis del Panel, el país no cuenta con un sistema de información integral de los bienes y servicios que ofrece el Estado para la salud mental. En los procesos de mejora continua y desarrollo de un sistema de información resulta fundamental subsanar esta limitación para permitir avanzar en evaluaciones sectoriales que reflejen adecuadamente la totalidad de la oferta de bienes y servicios provistos por el Estado en el marco de la política pública.

Enfoques, Estrategias y Ejecutores

Para el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*, los **enfoques** de derechos humanos son el marco principal para todas las acciones que se desarrollen. En este contexto, releva el respeto al pleno ejercicio de la capacidad jurídica de las personas diagnosticadas con trastorno mental y discapacidad psicosocial, erradicando toda forma de coerción, incluida aquella contenida en las políticas y sistemas de atención. En coherencia, también exige el enfoque de determinantes sociales en salud, el enfoque de género, el enfoque de inclusión social y el enfoque centrado en la persona, en todas las acciones, y los distingue como enfoques en sí mismos. Estos enfoques son adoptados en la *ley 21.331 (2021)*, así como en los planes *Plan de Acción 2019-2025*, *Saludablemente (2020-2021)* y *Construyendo Salud Mental (2022-2026)*.⁸⁹

En concordancia con estos enfoques, la **estrategia** de desinstitucionalización de la atención psiquiátrica se considera central en la política. La implementación del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental orienta en esta línea a la oferta programática pública y regula a la acción privada. Esto implica que las estrategias deben incorporar algunos procesos relevantes: integración con el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitaria que el país ha definido para su sistema de

⁸⁹ En el Sistema de Monitoreo de Programas Sociales y No Sociales el enfoque de derechos humanos comprende todos los otros enfoques mencionados. Sin embargo, en el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* éste tiene una aplicación distinta, explicada en el párrafo del texto.

salud, y la implementación de un modelo de gestión en red de los servicios de salud, con prioridad en la atención primaria y los servicios especializados ambulatorios radicados en la comunidad. También implica asumir la importancia de las estrategias que favorezcan la participación social y la intersectorialidad.

De esta forma, en su orientación programática destaca el desarrollo de instrumentos regulatorios; planes de acción intersectoriales, territorializados y que fortalezcan el nivel primario de salud; priorización en poblaciones con mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental; crecimiento de la atención especializada ambulatoria, reflejado en los Centros de Salud Mental Comunitaria, los Hospitales Diurnos, la atención domiciliaria y el uso de la tecnología digital y de comunicaciones; fortalecimiento de los apoyos requeridos para la desinstitucionalización de las personas que aún están internadas en hospitales psiquiátricos; fortalecimiento de la calidad de la hospitalización psiquiátrica en hospitales generales; fortalecimiento de instancias de participación de usuarios de servicios de salud mental, sus familias y comunidades. También en el período se relevaron ciertas estrategias más específicas determinadas por factores contextuales. Es el caso de aquellas que emergieron del Acuerdo Nacional por la Infancia (2018) y del contexto de emergencia sanitaria por la pandemia Covid-19.

El *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* orienta que los **ejecutores** principales sean los centros de atención primaria de salud y los diversos niveles de atención del sistema de salud general, con relevancia de la atención especializada ambulatoria de los Centros de Salud Mental Comunitaria y los Hospitales Diurnos de Psiquiatría. También se releva la articulación intersectorial, en particular para las acciones que se espera que sean desarrolladas en los entornos educativos formales, laborales, de protección social y del sistema judicial.

La Política Nacional advierte que un grupo de la población con discapacidad psicosocial requerirá cuidados de largo plazo, por lo que es necesario sostener la continuidad de los cuidados al mismo tiempo que los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica y dado esto, a juicio del Panel, el concepto de **egreso** de los programas y servicios ofertados debe ser tomado con precaución para la acción programática en este tipo de población. Las personas en condición de discapacidad psicosocial o diagnosticadas con trastorno mental severo requerirán cuidados de largo plazo, así como apoyos intersectoriales que incluso pueden llegar a ser permanentes. Por tanto, la desinstitucionalización debe evitar transformarse en abandono o en transinstitucionalización⁹⁰. La política aspira a contar con un sistema intersectorial de apoyos graduados para las personas en situación de discapacidad psicosocial. Así mismo, las personas que presentan problemas de salud mental deben egresar lo más pronto posible de los servicios de hospitalización o internamiento, y completar sus procesos de recuperación en forma ambulatoria evitando la cronificación y discapacidad.

Análisis de las estrategias de la OPR

Para analizar las estrategias de la OPR se tiene en cuenta el análisis ya realizado a nivel de diseño en cuanto a las poblaciones y focalización, y tal como ha sido adelantado, la confluencia de programas para un mismo problema y rango etario debe ser observado con detención teniendo en cuenta el nivel de atención en el que se ubican.

A modo descriptivo, la siguiente tabla muestra el número de programas según Ciclo de Vida, Tipo de Problema y Nivel de atención (descriptores definidos en el apartado de metodología del capítulo 4).

⁹⁰ La transinstitucionalización se refiere a la práctica de egresar a una persona de un hospital psiquiátrico para luego ingresarla a otro tipo de institución cerrada sin rehabilitación psicosocial, como residencias de reposo o residencias para personas mayores, que finalmente mantienen la cronificación.

Se debe tener en cuenta que los nombres de las categorías no coinciden porque los programas según tipo de problema son diferentes para cada agrupación según ciclo de vida.

A continuación, se observará la conformación de las casillas de la tabla 26 atendiendo a lo ya señalado en el apartado anterior, esto es, qué grupos de programas coinciden con un rango etario y un tipo de problema. Aquí, se verán las agrupaciones incorporando el nivel de atención, y así determinar si hay diferencias. El detalle del análisis realizado se encuentra en el Anexo 4.

Tabla N° 26. Agrupación de los 38 programas según Ciclo de Vida, Tipo de Problema y Nivel de atención

Tipo de Problemas		Ciclo de vida						Total
		NNA		Adulto y Adulto Mayor ⁹¹		Todos		
		Riesgo Psicosocial	Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa	Riesgo Psicosocial y Violencia	Drogas/ Alcohol, Demencia y Discapacidad psicosocial severa	Riesgo Psicosocial	Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol y Suicidio	
de Nivel atención	Prevención Primaria Indicada	3	-	3	-	1	3	10
	Prevención Secundaria	3	1	1	-	1	2	8
	Tratamiento	3	4	-	6	-	1	14
	Rehabilitación	-	2	-	3	-	1	6
Total		9	7	4	9	2	7	38

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres).

NNA - Riesgo Psicosocial - Prevención Primaria indicada. Los tres programas que ocupan esta casilla corresponden al Habilidades para la Vida del Mineduc. No son programas equivalentes, pues cada uno ellos intervienen sobre poblaciones diferentes.

NNA - Riesgo Psicosocial - Prevención Secundaria. *Para esta agrupación el panel hace la siguiente observación:* tres programas atienden población de 0 a 9 años, dos de ellos vulneración de derechos y el otro retraso en el desarrollo. Más adelante se analizará los componentes de los dos que comparten temática, además que sus poblaciones se extienden hasta los 18 años uno, y 24 años el otro.

NNA - Riesgo Psicosocial – Tratamiento. En esta casilla tres programas comparten rango etario de 0 a 18 y también problema, pero la especificidad es distinta (adopción, explotación sexual y maltrato grave).

NNA - Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa – Tratamiento. En esta casilla se agrupan cuatro programas con temáticas y poblaciones objetivo con diferencias, que no son de edad.

NNA - Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa – Rehabilitación. En esta casilla se agrupan dos programas con temáticas y poblaciones objetivos diferentes.

⁹¹ Tal como ya ha sido señalado, no es posible separar estas categorías, pues hay programas que atienden a adultos incluyendo adultos mayores, es decir, 18 años o más. En todos estos casos se atienden adultos y adultos mayores. De allí es que se optó por sumar a los programas que atienden solo adultos mayores pues son un número muy menor.

Adulto y persona mayor - Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa - Prevención Primaria indicada. En esta casilla se agrupan tres programas con temáticas y poblaciones objetivos diferentes.

Adulto y persona mayor - Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa – Tratamiento. *Para esta agrupación el panel hace la siguiente observación:* En esta casilla confluyen seis programas, tres de ellos atienden problemáticas de consumo de alcohol y/o drogas, pero en poblaciones diferentes. Los otros tres atienden población con algún grado de dependencia, dos de ellos personas mayores con demencia. Para estos tres habrá que analizar la descripción de sus componentes para definir si hay diferencias.

Adulto y persona mayor - Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa – Rehabilitación. Los tres programas que ocupan esta casilla son temáticamente distintos sin embargo dos de ellos se dirigen a población equivalentes, adultos con discapacidad psicosocial severa.

Todos - Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa - Prevención Primaria indicada. Los tres programas comparten rango etario y nivel de atención, pero cada uno desarrolla estrategias diferentes.

Todos - Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa - Prevención Secundaria. Los dos programas comparten rango etario y nivel de atención, requiere analizar las estrategias de ambos para definir sus diferencias.

Análisis de los componentes en las agrupaciones observadas

El panel ha observado dos agrupaciones: el primero que incluye NNA - Riesgo Psicosocial - Prevención Secundaria, y el segundo que incluye Adulto y persona mayor - Trastornos Mentales, Drogas/Alcohol y Discapacidad psicosocial severa – Tratamiento. A continuación, se describen los análisis realizados para ambas observaciones.

Respecto a la agrupación NNA - Riesgo Psicosocial - Prevención Secundaria, si bien los programas Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD) y Salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a LRPA comparten temática, además que sus poblaciones se extienden hasta los 18 años en uno, y 24 años en el otro, las líneas de acción que hacen parte de sus estrategias son diferentes. Los componentes para cada uno son:

- Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD): Atención Residencial, Intervención Individual e Intervención Familiar perteneciente al Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia del MIDESOF.
- Salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a LRPA: Atención de Salud Integral en Atención Primaria, Atención de Salud Mental de Especialidad, y Desarrollo de competencias técnicas en salud general y salud mental y abordaje intersectorial perteneciente al Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal.

Para la agrupación Adulto y persona mayor - Trastornos Mentales, Drogas/ Alcohol, y Discapacidad psicosocial severa – Tratamiento, los programas que atienden a personas en situación de dependencia se estructuran en base a diferentes componentes:

- Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa: Visita domiciliaria integral a personas con dependencia severa y su cuidador, Visitas domiciliarias de tratamiento y procedimiento, Capacitación a cuidadores.

- Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia: Atención sociosanitaria de personas con demencia e Intervenciones psicosociales con cuidadores de personas con demencia.
- Plan Nacional de Demencia: Atención sociosanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud, Atención sociosanitaria en Unidades de Memoria, Sensibilización en la construcción social de las demencias, Tratamiento de salud mental para familiares/cuidadores en el nivel de especialidad.

Como se aprecia para las agrupaciones observadas, la composición del diseño de los componentes apunta a objetivos distintos, lo cual resulta adecuado a juicio del panel.

Análisis de los enfoques

Al analizar el porcentaje de programas que declara los enfoques específicamente a nivel de estrategia, destaca la presencia en el 86,8% de ellos del enfoque de Derechos Humanos (DDHH).

Un 76,3% declara el enfoque de DDHH en género y 50% el enfoque de DDHH en NNA. Un 47,4% registra el enfoque de discapacidad; Un 42,1% el enfoque territorial; un 39,5% de los programas señala utilizar enfoque de migración; y un 28,9% un enfoque sobre pueblo indígena. El enfoque menos declarado es el de Dependencia con un 5,3%.

Ejecutores de los programas

Con el objetivo de apreciar la diversidad de ejecutores con los que trabajan los programas, el panel observó que un 60,5% de los programas declara ejecutar sus acciones a través de un tercero⁹². Se identifican los siguientes ejecutores:

- Servicio o Institución Pública
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Servicio de Salud, Centros de Salud Familiar (CESFAM)
- Gobierno provincial, Delegación Presidencial Regional
- Municipio, Corporaciones municipales
- Servicio Local de Educación Pública
- Universidad o Centro de Formación público
- Organismo privado sin fines de lucro (Fundación, organización social, comunitaria, territorial, deportiva, corporación cultural, educacional, federación, otro)
- Asociaciones privadas

En vistas que no es posible incluir estadísticas porque las categorías no están predefinidas y los programas reportan según diversas denominaciones y sin categorización, se ha hecho un gran esfuerzo por tratar de proponer categorías según criterios del panel. En base aquello, el panel no cuenta con suficientes elementos para emitir un juicio.

Integración de información cualitativa al análisis

Para el análisis cualitativo, el panel desarrolló seis entrevistas grupales a referentes de los servicios. Tal como ha sido señalado en apartados anteriores, el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* orienta acciones programáticas desde un modelo comunitario, que supone una mayor concentración de actividades de carácter ambulatorio por sobre la internación psiquiátrica de larga estadía, que

⁹² Esta declaración corresponde a datos autorreportados.

aseguren la continuidad de los cuidados siguiendo la estrategia de redes y que procuren prevenir la cronificación del daño, así como promover un enfoque de derechos humanos en la atención.

Sin embargo, este modelo es percibido por parte de los referentes entrevistados como algo complejo de concretar: “Este modelo, si bien está de forma teórica expresado, sus lineamientos, pero eso en la práctica es muy difícil como de ejecutarlo” (EG4.3).

Por una parte, se aprecia al modelo comunitario como una propuesta complicada de aplicar, y por otra, se lo ve como insuficiente para la atención efectiva de ciertos grupos que requieren atención: “Yo creo que esa es la principal tensión ya el modelo que tiene Minsal, el modelo comunitario, digamos nosotros lo compartimos, pero creemos que hay poblaciones que requieren un nivel de especificidad” (EG3.1). A juicio del panel, aquí se observa poca claridad en la comprensión de un modelo comunitario, pues el modelo efectivamente propone atenciones de especialidad en la comunidad o en servicios ambulatorios y lo cual tiene un impacto negativo en la implementación de la política de Salud Mental que busca evitar la internación.

En línea con lo anterior, se da cuenta de cierto grado de disociación entre lo que plantea el modelo y la tendencia de las prácticas asistenciales, sin lograr una visión integrada de las estrategias: “El despliegue del modelo comunitario de salud mental, la baja competencia técnica de los equipos de especialidad, la atención que persiste en muchas redes con un foco puesto en lo biomédico y no así en una intervención integral, biopsicosocial, y también dificultades en el trabajo intersectorial y en redes” (EG4.6).

Entre los enfoques destacados por los entrevistados aparece la territorialidad, enfatizando que la estrategia preferente para ello es la descentralización: “La responsabilidad, que contamos cada uno de nosotros, en términos de política pública, de qué manera hacemos visible es la necesidad, de qué manera logramos levantar también en los territorios aquellas necesidades que pueden existir como un poco más descentralizadas y al mismo tiempo pensar en algunos elementos descentralizados, no podemos pensar que hoy día, por ejemplo, tengamos programas diseñados solamente considerando aspectos culturales, a lo mejor desde nuestra zona” (EG 3.2).

En este sentido, la descentralización se la valora como estrategia de superación de brechas: “Descentralizar y focalizar al mismo tiempo son los enfoques en términos de la inclusión. El género, la diversidad sexual como un eje transversal y unificador en cada una de las prestaciones de los distintos servicios, estos desafíos tenemos como las brechas a nivel de salud mental” (EG 2.1)

Como se observa, si bien los entrevistados declaran una inclinación positiva hacia la estrategia comunitaria de provisión de servicios, esta es percibida como difícil de ejecutar e insuficiente, especialmente porque no responde la necesidad de atención especializada que requieren muchos de los grupos atendidos por la oferta programática.

En cuanto a los enfoques en las entrevistas se detecta un especial interés por relevar la territorialidad, lo que consecuentemente aparece con un 42,1% de programas que declaran adscribir a él.

Evaluación del Panel

En base a estos hallazgos, el panel concluye:

- Que al analizar los niveles de atención donde se ubican los programas, se despeja la pregunta anticipada en el apartado anterior respecto al abultamiento de algunos programas en ciertas edades y problemas, o una falta de abordaje a través de programas, en otras edades y/o problemas.

- Que los programas analizados cuentan a juicio del panel con una adecuada diversidad de estrategias para diversidad de problemas y poblaciones.
- Que, a pesar de lo anterior, los programas consultados señalan que la propuesta general de atención comunitaria en salud mental es insuficiente para muchas necesidades de la población que requieren asistencia especializada de salud mental.
- Que lo paradójico de la situación es que en tanto se requiere atención especializada, prevalece el enfoque biomédico por sobre uno más integral que se esperaría del modelo comunitario. Se constata tensión en las perspectivas estratégicas de implementación de las acciones en salud mental, lo que argumenta la percepción de complejidad de la aplicación del modelo. A juicio del Ppanel existe una insuficiente profundización en la comprensión de un diseño e implementación de un modelo comunitario y sus implicancias a nivel de resultados en salud mental. Por otra parte, el Panel contó con datos muy parciales e insuficientes como para hacer un juicio en este sentido respecto a la oferta del Minsal.
- Que, finalmente, el enfoque de derechos humanos en distintas dimensiones prevalece entre los programas de la oferta programática, lo cual es consistente con las políticas de salud mental. Sin embargo, el enfoque territorial es reclamado como un aspecto a relevar tanto en el diseño como ejecución de programas, especialmente en lo referente a la centralización de las políticas públicas versus la necesidad de adecuación de los programas a las realidades territoriales, cuestión relevada en las entrevistas.

Financiamiento y Gasto

El *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* plantea como meta aumentar a un 6% del presupuesto de salud destinado a la operación de la red de salud mental, es decir, se circunscribe al presupuesto del sector salud⁹³. Señala que esto se producirá al aumentarlo en un 0,65% anual a partir del año 2019. También detalla como meta llegar al 6% del presupuesto de Atención Primaria destinado a la salud mental. Es explícito en señalar que la expansión presupuestaria debe estar focalizada en el desarrollo del nuevo modelo de atención y organización de los servicios. El programa *Construyendo Salud Mental (2022-2026)*, posterior a la pandemia, reiteró la meta del 6% del presupuesto de salud.

El Panel identifica que la política orienta el gasto hacia el cierre de brechas en recursos humanos en salud para la atención de los problemas de salud mental, tanto en dotación como en formación y capacitación; en fortalecer la capacidad de respuesta del nivel primario de salud; la inversión y habilitación de instalaciones de atención, en especial Centros de Salud Mental Comunitaria, Hospitales diurnos de psiquiatría, servicios de hospitalización de psiquiatría en hospitales generales y vivienda con apoyo para acelerar el proceso de desinstitutionalización. Por otra parte, la política también declara que se requiere mejorar algunos elementos del sistema de financiamiento, como los mecanismos de pago a los proveedores de atención, el costeo de las prestaciones de salud y el monitoreo a través de la modalidad de cuentas satélite.

El Plan no menciona explícitamente el manejo del presupuesto en otros sectores distintos a salud, aunque sí señala como meta que al menos el 15% de los fondos adjudicados en investigación por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) dependiente del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, esté destinado a investigación en salud mental concordante con las prioridades de la política.

El programa *Saludablemente (2020-2021)* también propone que las coberturas de atención de salud mental deberán ser equivalentes a salud física por parte de los seguros privados y la modalidad libre atención (MLE) del FONASA. El programa *Construyendo Salud Mental (2022-2026)* orienta el gasto hacia la ampliación de la cobertura de atención de salud mental en el nivel primario de salud; la inversión en nuevos Centros de Salud Mental Comunitaria y nuevas plazas en Hospitalización diurna

⁹³ Ver las metas señaladas para los objetivos estratégicos 2 y 3 del lineamiento de financiamiento en págs. 95 y 96 del *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*.

en psiquiatría; incremento de camas de hospitalización de psiquiatría en hospitales generales; y viviendas con apoyo. También en el cierre de brechas en recursos humanos para la atención de personas del espectro autista e implementación de la Ley N° 21.545; la respuesta de salud mental frente a emergencias y desastres naturales; equipos asertivo comunitarios para niños, niñas y adolescentes; formación y dotación de médicos especialistas en psiquiatría; y la transformación del gasto de la hospitalización en hospitales psiquiátricos hacia residencias con apoyo para las personas con discapacidad psicosocial sin redes de apoyo. La Ley N°21.331 también plantea la paridad de las coberturas de salud mental con la salud física.

Los umbrales de cumplimiento establecidos por Dipres y Midesof en la evaluación de la ejecución presupuestaria, señala como eficiente entre un 85% y 110% respecto del presupuesto inicial y un 90% y 110% en relación con el presupuesto final.⁹⁴

Tendencias de largo plazo del financiamiento y gasto de la Oferta de Salud Mental

La OPR de Salud Mental ha expandido su gasto desde aproximadamente MM\$187 a MM\$370 (en Miles de CLP\$ de 2024), lo que refleja un crecimiento del gasto promedio del período de un 13,3% en términos reales. Cabe mencionar que la expansión del gasto no ha sido constante, con períodos especiales de gran expansión entre los años 2017 y 2019 y luego entre 2022 y 2023, estos últimos dados excepcionalmente en periodos de pandemia. Entre los años 2019 y 2022 se observa una reducción del gasto público en la oferta de salud mental, la más marcada en el 2020 y el 2022 (con respecto al año previo) de un -4,2% en contexto de pandemia (Figura 5.4.1).

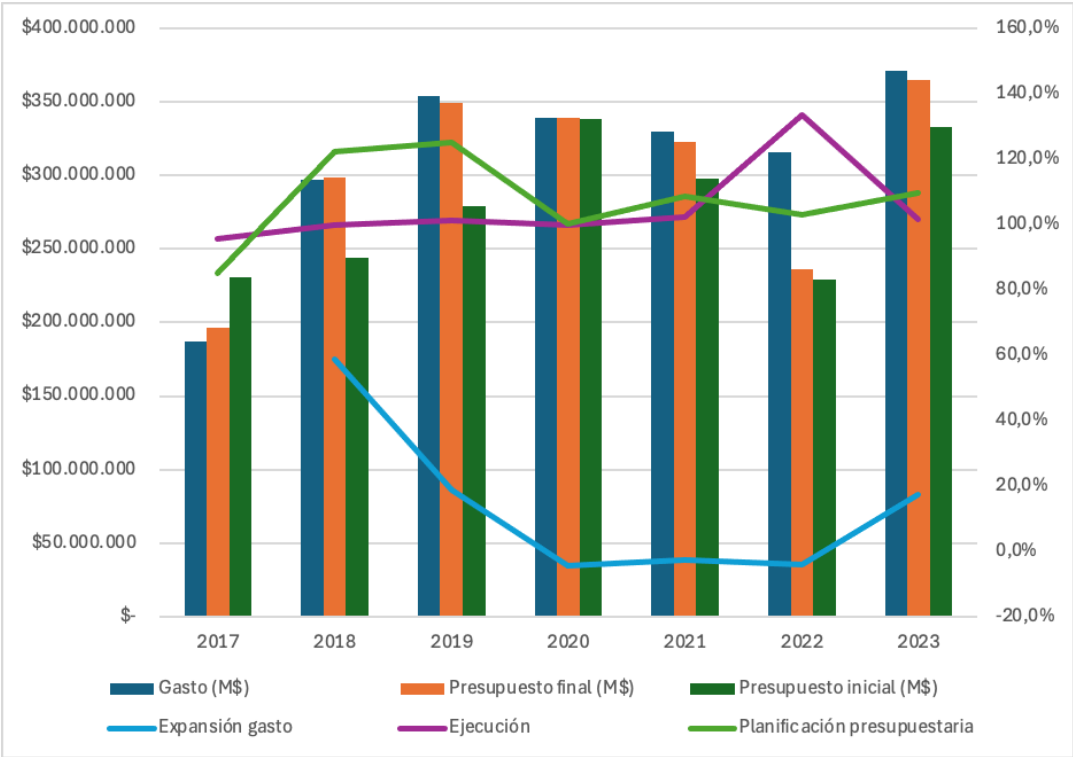
La capacidad de ejecución financiera de la OPR de Salud Mental se analiza mediante la ejecución presupuestaria (gasto/presupuesto final). En términos globales, se observa un alto grado de ejecución (105% como promedio para el período analizado 2017-2022), con años excepcionales de subejecución (96% promedio en 2017) y sobre ejecución (134% promedio en 2022), por lo que se considera una oferta eficiente del punto de vista de la ejecución presupuestaria.

En términos de la planificación presupuestaria, se observan brechas significativas. En promedio, durante el período analizado los presupuestos finales del ejercicio presupuestario fueron un 13,3% superiores a los inicialmente previstos, superior a los estándares definidos por Dipres y Midesof, indicando espacios para una mayor eficiencia⁹⁵. Al respecto, cabe destacar que se observa que la planificación presupuestaria mejora en el tiempo, con un promedio de un 23,7% de presupuestos adicionales no planificados para los años 2018-2019, reduciendo a un 5,7% en el período 2020-2023, lo que el panel considera dentro de un rango adecuado.

⁹⁴ Dirección de Presupuestos y Subsecretaría de Evaluación Social (2024). Informe de Resultados Monitoreo Cierre 2023. Subdepartamento de Planificación, Diseño y Monitoreo y Departamento de Monitoreo. Santiago, Chile.

⁹⁵ Los umbrales de cumplimiento establecidos por Dipres y Midesof en la evaluación de la ejecución presupuestaria, señala como eficiente entre un 85% y 110% respecto del presupuesto inicial, y un 90% y 110% en relación con el presupuesto final (Dirección de Presupuestos y Subsecretaría de Evaluación Social, 2024).

Figura 5.4.1. Evolución de los principales indicadores de financiamiento y gasto de la oferta programática relevante de Salud Mental durante el período 2017-2023 (En M\$ del 2024)



Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

Eficiencia del financiamiento y gasto de la OPR de salud por Ministerio y Servicio

Respecto del desempeño de la oferta programática de salud mental en términos de su financiamiento y gasto, el Panel decide profundizar los análisis para el último año con información disponible (2023). Como puede observarse en la tabla N°27 a continuación, al analizar a nivel de Ministerios, un 39% del gasto de la OPR lo ejecuta el Midesof, un 21% el Minsal, un 19% el Minint, un 10% el Mintrab, seguido por el Mineduc y de la Minmujer, ambos con el 6%.

La capacidad de ejecución financiera de la OPR de Salud Mental es eficiente en todos los Ministerios y Servicios cercanos al 100%, con excepción de la Subsecretaría de la Niñez con una sobre ejecución (123%). En términos de la planificación presupuestaria, la diferencia se identifica en el Midesof, particularmente en el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (presupuesto final 50% superior al inicial, lo que pueda explicarse por el cambio institucional al nuevo Servicio en curso), y en el Minsal, particularmente en la Subsecretaría de Redes Asistenciales (presupuesto final 14% superior a la inicial asociado a la demanda creciente de atención en salud).

Tabla N°27. Principales indicadores de financiamiento y gasto de la oferta programática relevante de Salud Mental de la oferta programática relevante de salud mental por Ministerio y Servicio, año 2023.

Ministerio - Servicio	Gasto total (M\$)	Población beneficiaria	Participación población (%)	Participación gasto (%)	Presupuesto final (M\$)	Presupuesto inicial (M\$)	Planificación presupuestaria (%)	Ejecución (%)
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	\$ 144.488.080	860.454	33%	39%	\$ 137.405.002	\$ 105.376.310	130%	105%
Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	\$ 105.909.797	58.835	2%	29%	\$ 105.909.797	\$ 70.769.392	150%	100%
Subsecretaría de la Niñez	\$ 37.855.933	800.649	31%	10%	\$ 30.772.856	\$ 33.882.753	91%	123%
Subsecretaría de Servicios Sociales	\$ 722.349	970	0%	0%	\$ 722.349	\$ 724.165	100%	100%
Ministerio de Educación	\$ 21.488.892	865.491	33%	6%	\$ 21.930.285	\$ 22.159.054	99%	98%
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	\$ 21.488.892	865.491	33%	6%	\$ 21.930.285	\$ 22.159.054	99%	98%
Ministerio de Interior y Seguridad Pública	\$ 68.623.242	93.375	4%	19%	\$ 69.931.506	\$ 70.292.526	99%	98%
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	\$ 53.730.233	50.218	2%	14%	\$ 55.029.991	\$ 55.118.284	100%	98%
Subsecretaría de Prevención del Delito	\$ 9.699.689	42.593	2%	3%	\$ 9.699.689	\$ 9.699.689	100%	100%
Subsecretaría del Interior	\$ 5.193.320	564	0%	1%	\$ 5.201.827	\$ 5.474.553	95%	100%
Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	\$ 22.894.946	191.116	7%	6%	\$ 22.894.946	\$ 22.894.946	100%	100%
Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género	\$ 22.894.946	191.116	7%	6%	\$ 22.894.946	\$ 22.894.946	100%	100%
Ministerio de Salud	\$ 77.018.001	583.115	22%	21%	\$ 75.588.476	\$ 66.566.697	114%	102%
Subsecretaría de Redes Asistenciales	\$ 76.784.897	578.071	22%	21%	\$ 75.355.371	\$ 66.339.518	114%	102%
Subsecretaría de Salud Pública	\$ 233.104	5.044	0%	0%	\$ 233.104	\$ 227.178	103%	100%

Ministerio de Trabajo y Previsión Social	\$ 36.204.456	24.580	1%	10%	\$ 36.996.191	\$ 45.673.939	81%	98%
Instituto de Previsión Social	\$ 36.204.456	24.580	1%	10%	\$ 36.996.191	\$ 45.673.939	81%	98%
Total general	\$ 370.717.617	2.618.131	100%	100%	\$ 364.746.405	\$ 332.963.471	110%	102%

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

Nota: Todos los valores monetarios están expresados en pesos chilenos al año 2024.

Un análisis pormenorizado detallado en la tabla N°28, muestra que un 36% del gasto de la oferta programática se destina a tratamiento (20,8% de la población beneficiaria), seguido por un 27,6% destinado a rehabilitación (para un 3,9% de la población beneficiaria) y un 18,3% en prevención secundaria (13,1% de la población). Los programas de prevención primaria indicada representan el 18,1% de la participación en el gasto de la oferta programática, en tanto cubren al 62,2% de la población beneficiaria. La planificación presupuestaria en los programas de prevención primaria indicada y rehabilitación muestra mejores resultados que en los de prevención secundaria y tratamiento. El Panel considera que esto último podría explicarse por mayores brechas de la oferta en relación con la demanda en este tipo de componentes.

Desde la perspectiva del tipo de entorno en la que se desarrollan los servicios entregados por los programas, destaca que el 53% del gasto corresponde a un entorno de tipo sanitario. Esto es, que el programa entrega servicios mediante proveedores que son profesionales de la salud, eminentemente de forma ambulatoria. Algo llamativo es que sólo el 22% del gasto de la OPR de Salud Mental es ejecutado por el Minsal. Puede concluirse, por tanto, que una proporción considerable de la OPR de Salud Mental que es de tipo sanitaria no está siendo gestionada por el Minsal que tiene las competencias y el mandato legal de realizarlo, y que otros sectores de la organización gubernamental han generado programas para incrementar recursos al sistema de atención de salud con el objeto de que mejore su capacidad de respuesta en lo específico en salud mental que esos otros sectores requieren. Si bien, en caso de poder incorporar en los análisis la oferta de servicios de salud que no están organizados en forma de programas estas conclusiones pueden cambiar, a juicio del Panel existen datos suficientes para indicar que una proporción relevante del gasto en servicios sanitarios es ejecutada por Servicios Públicos no dependientes del Minsal.

Una mirada a la focalización del gasto de la OPR de Salud Mental por tipo de problema de salud mental y ciclo de vida fue también considerada relevante por parte del Panel. Por un lado, destaca que un 50,8% del gasto se destina a NNA que corresponden al 42,8% de la población beneficiaria. Por otro lado, los programas que apuntan a toda la población sin especificar un espacio del ciclo de vida tienen una participación de 7,8% del gasto, pero cubren al 19,5% de la población beneficiaria. La menor proporción del gasto se destina a una oferta específica para personas mayores, alcanzando apenas el 2% del gasto de la OPR.

Tabla N°28. Principales indicadores de financiamiento y gasto de la oferta programática relevante de Salud Mental de la oferta programática relevante de salud mental por grupos de programas, año 2023.

	Gasto total (M\$)	Población beneficiaria	Participación población (%)	Participación gasto (%)	Presupuesto final (M\$)	Presupuesto inicial (M\$)	Planificación presupuestaria (%)	Ejecución (%)
--	-------------------	------------------------	-----------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------	----------------------------------	---------------

Total general	\$ 370.717.617	2.618.131	100%	100%	\$ 364.746.405	\$ 332.963.471	110%	102%
Por tipo de atención								
Prevención primaria indicada	\$ 67.036.537	1.628.747	62,2%	18,1%	\$ 64.436.203	\$ 68.041.669	94,7%	104,0%
Prevención secundaria	\$ 67.895.715	342.921	13,1%	18,3%	\$ 67.896.047	\$ 53.384.046	127,2%	100,0%
Rehabilitación	\$ 102.276.917	101.706	3,9%	27,6%	\$ 102.607.314	\$ 110.075.811	93,2%	99,7%
Tratamiento	\$ 133.508.448	544.757	20,8%	36,0%	\$ 129.806.842	\$ 101.461.944	127,9%	102,9%
Por ciclo de vida								
Adultos	\$ 146.358.293	979.430	37,4%	39,5%	\$ 144.950.999	\$ 154.907.566	93,6%	101,0%
NNA	\$ 188.374.003	1.119.299	42,8%	50,8%	\$ 185.222.424	\$ 142.936.800	129,6%	101,7%
Persona mayor	\$ 7.232.721	9.914	0,4%	2,0%	\$ 7.249.764	\$ 6.979.377	103,9%	99,8%
Todos	\$ 28.752.600	509.488	19,5%	7,8%	\$ 27.323.218	\$ 28.139.728	97,1%	105,2%
Por tipo de beneficio								
No sanitario	\$ 224.372.689	1.231.527	47,0%	60,5%	\$ 222.559.467	\$ 197.782.904	112,5%	100,8%
Ambulatorio	\$ 161.586.479	1.204.600	46,0%	43,6%	\$ 158.981.523	\$ 133.424.903	119,2%	101,6%
Inclusión y calidad de vida	\$ 62.786.210	26.927	1,0%	16,9%	\$ 63.577.945	\$ 64.358.001	98,8%	98,8%
Sanitario	\$ 146.344.928	1.386.604	53,0%	39,5%	\$ 142.186.938	\$ 135.180.567	105,2%	102,9%
Ambulatorio	\$ 146.344.928	1.386.604	53,0%	39,5%	\$ 142.186.938	\$ 135.180.567	105,2%	102,9%
Por tipo de problema de SM								
Demencia	\$ 7.232.721	9.914	0,4%	2,0%	\$ 7.249.764	\$ 6.979.377	103,9%	99,8%
Discapacidad psicosocial severa	\$ 55.886.276	35.536	1,4%	15,1%	\$ 56.678.010	\$ 63.698.751	89,0%	98,6%
Drogas y Alcohol	\$ 53.730.233	50.218	1,9%	14,5%	\$ 55.029.991	\$ 55.118.284	99,8%	97,6%
Riesgo psicosocial	\$ 199.978.164	1.807.149	69,0%	53,9%	\$ 197.369.482	\$ 159.780.768	123,5%	101,3%
Suicidio	\$ 233.104	5.044	0,2%	0,1%	\$ 233.104	\$ 227.178	102,6%	100,0%
Trastornos mentales	\$ 30.762.173	519.154	19,8%	8,3%	\$ 25.291.108	\$ 24.264.167	104,2%	121,6%

Violencia Intrafamiliar	\$ 22.894.946	191.116	7,3%	6,2%	\$ 22.894.946	\$ 22.894.946	100,0%	100,0%
-------------------------	---------------	---------	------	------	---------------	---------------	--------	--------

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

Intensidad de la oferta programática de salud mental por Ministerio y Servicio

La intensidad de la oferta programática⁹⁶ se analizó mediante el indicador de gasto por beneficiario y cuyos resultados pueden observarse en la tabla 29⁹⁷. A juicio del Panel, este corresponde a un indicador de proxy sobre la intensidad de uso de servicios y de la complejidad de los servicios que son entregados a la población beneficiaria. De esta manera, programas orientados principalmente a componentes de prevención tienen gastos por beneficiario menores (ej. Programas de Habilidades para la Vida del Ministerio de Educación), en tanto programas que se concentran en el tratamiento de alta intensidad o rehabilitación de casos de mayor complejidad psicosocial (ej. Programas de SENDA o del SPE) requieren de un uso más intensivo de recursos.

En términos globales, el gasto por beneficiario de toda la oferta programática relevante de salud mental para el año 2023 asciende a \$141.596 anuales (rango \$24.829 - \$9.208.014). La Subsecretaría del Interior, SPE, SENDA e IPS son los Servicios cuyo gasto por beneficiario es más alto (mayores a \$1.000.000 por beneficiario). En el otro lado del espectro, Junaeb, Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de la Niñez son los Servicios con un gasto por beneficiario más bajo (menores a \$50.000 por beneficiario). En base a los datos disponibles, no es posible un análisis pormenorizado por tipo de bien o servicio ofertado por cada programa para profundizar en estos análisis. A juicio del Panel, estos hallazgos pueden corresponder lógicamente a la orientación del quehacer de los Servicios en cuestión, más orientados al tratamiento de alta intensidad en el primer grupo, en contraste con el foco en actividades preventivas y promocionales en el segundo grupo. En todo caso, es importante reconocer la heterogeneidad de los servicios provistos entre los programas, lo que impide una comparación directa entre ellos.

Llama la atención en el caso de la Subsecretaría del Interior, que su “Programa de Apoyo a Víctimas de Violencia Rural” presenta un gasto por beneficiario muy por sobre el resto de toda la oferta programática. Este se debe a la naturaleza misma del programa, cuyo gasto se concentra en el componente de subsidios para la reposición económica⁹⁸, que no tiene relación directa con el ámbito de la salud mental, y en este sentido no es comparable con el resto de la oferta analizada.

En el caso del gasto del Minsal, principal entidad con un mandato legal de proveer una respuesta de servicios de salud mental a las personas con algún trastorno mental presenta un gasto por beneficiario por debajo del promedio global de toda la OPR. Esto es particularmente relevante en el caso de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. A partir de la información disponible sólo es posible identificar un gasto de \$132.830 por persona al año, principalmente explicados por el programa de “Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente” (\$410.024 por beneficiario el 2023). El gasto por beneficiario de los programas de salud mental en la atención primaria, donde se espera pueda estar disponible la principal oferta integral para la población, es significativamente más bajo, de solo

⁹⁶ El Panel utiliza el concepto haciendo referencia al grado o nivel de recursos, servicios o intervenciones que las instituciones públicas ponen a disposición de la ciudadanía para atender determinadas necesidades o problemas colectivos. A juicio del Panel, el gasto por beneficiario es un indicador proxy del concepto, pudiendo utilizarse otros de forma complementaria como la cantidad de servicios por beneficiario, frecuencia de uso, complejidad de la intervención/oferta, entre otros.

⁹⁷ Gasto del programa i en el período j dividido por el total de beneficiarios del programa i en el período j.

⁹⁸ Dipres y SES, Monitoreo y seguimiento oferta pública 2023, Programa de apoyo a víctimas de violencia rural. https://bips.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/docs/informes/2023/PRG2023_145268.pdf

\$32.752 anuales, el cual difícilmente representa el costo real de una canasta integral de beneficios de salud mental a nivel comunitario. Las limitaciones sobre las fuentes de información ya antes expresadas, particularmente relativas a los servicios de salud, impactan significativamente en la certeza de los hallazgos para la deliberación del Panel.

Tabla N°29. Gastos por beneficiario de la oferta programática relevante de salud mental por Ministerio y Servicio, año 2023

Ministerio – Servicio	Gasto total (M\$)	Población beneficiaria	Gasto por beneficiario (\$)
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	\$ 144.488.080	860.454	\$ 167.921
Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	\$ 105.909.797	58.835	\$ 1.800.116
Subsecretaría de la Niñez	\$ 37.855.933	800.649	\$ 47.282
Subsecretaría de Servicios Sociales	\$ 722.349	970	\$ 744.690
Ministerio de Educación	\$ 21.488.892	865.491	\$ 24.829
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	\$ 21.488.892	865.491	\$ 24.829
Ministerio de Interior y Seguridad Pública	\$ 68.623.242	93.375	\$ 734.921
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	\$ 53.730.233	50.218	\$ 1.069.940
Subsecretaría de Prevención del Delito	\$ 9.699.689	42.593	\$ 227.730
Subsecretaría del Interior	\$ 5.193.320	564	\$ 9.208.014
Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	\$ 22.894.946	191.116	\$ 119.796
Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género	\$ 22.894.946	191.116	\$ 119.796
Ministerio de Salud	\$ 77.018.001	583.115	\$ 132.080
Subsecretaría de Redes Asistenciales	\$ 76.784.897	578.071	\$ 132.830
Subsecretaría de Salud Pública	\$ 233.104	5.044	\$ 46.214
Ministerio de Trabajo y	\$ 36.204.456	24.580	\$ 1.472.923

Previsión Social			
Instituto de Previsión Social	\$ 36.204.456	24.580	\$ 1.472.923
Total general	\$ 370.717.617	2.618.131	\$ 141.596

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

Eficiencia administrativa de la oferta programática de salud mental por Ministerio y Servicio

El Panel contó con acceso a información de gastos administrativos de la oferta programática para el año 2023. A partir de dicha información se analiza la eficiencia administrativa de los programas⁹⁹, a través del indicador gasto administrativo como porcentaje del gasto total del programa para el año, lo que puede observarse en la tabla N°30. Se considera aceptable que el gasto administrativo no supere el 20% del total ejecutado¹⁰⁰. De este análisis se observa que los gastos administrativos representan un 3,4% del gasto total para el año 2023, con un rango entre 0,1% hasta un 64,6%. Esto implica un gasto administrativo anual de \$4.789 por cada persona beneficiaria (rango: \$363 - \$161.312) (Tabla 5.4.4). El Panel no contó con datos adicionales para poder evaluar las causas de esta variabilidad observada, la que presumiblemente puede deberse a diferencias en la carga de coordinación y planificación administrativa versus el componente prestacional asociado a cada programa. En este sentido requiere mayor análisis el 64,6% de gasto reportado como administrativo por parte de la Subsecretaría de Salud Pública.

Tabla N°30. Gastos administrativos de la oferta programática relevante de salud mental por Ministerio y Servicio, año 2023

Ministerio - Servicio	Gasto total (M\$)	Población beneficiaria	Gastos administrativos		
			M\$	% gasto total	Por beneficiario (\$)
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	\$ 144.488.080	860.454	\$ 6.258.497	4,3%	\$ 7.273
Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	\$ 105.909.797	58.835	\$ 5.142.048	4,9%	\$ 87.398
Subsecretaría de la Niñez	\$ 37.855.933	800.649	\$ 1.046.848	2,8%	\$ 1.307
Subsecretaría de Servicios Sociales	\$ 722.349	970	\$ 69.601	9,6%	\$ 71.754
Ministerio de Educación	\$ 21.488.892	865.491	\$ 313.854	1,5%	\$ 363
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	\$ 21.488.892	865.491	\$ 313.854	1,5%	\$ 363

⁹⁹ El panel utiliza el concepto de eficiencia administrativa para referirse a la capacidad de la oferta pública para gestionar sus recursos, logrando los objetivos establecidos con el menor uso posible de recursos. La proporción de los gastos administrativos sobre el gasto total de los programas sirve de indicador proxy.

¹⁰⁰ Los umbrales de cumplimiento establecidos por Dipres y Midesof en la evaluación de la ejecución presupuestaria, señala como eficiente que el gasto administrativo no supere el 20% del total ejecutado (Dirección de Presupuestos y Subsecretaría de Evaluación Social, 2024).

Ministerio de Interior y Seguridad Pública	\$ 68.623.242	93.375	\$ 2.676.844	3,9%	\$ 28.668
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	\$ 53.730.233	50.218	\$ 1.782.931	3,3%	\$ 35.504
Subsecretaría de Prevención del Delito	\$ 9.699.689	42.593	\$ 802.933	8,3%	\$ 18.851
Subsecretaría del Interior	\$ 5.193.320	564	\$ 90.980	1,8%	\$ 161.312
Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	\$ 22.894.946	191.116	\$ 1.079.100	4,7%	\$ 5.646
Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género	\$ 22.894.946	191.116	\$ 1.079.100	4,7%	\$ 5.646
Ministerio de Salud	\$ 77.018.001	583.115	\$ 2.165.282	2,8%	\$ 3.713
Subsecretaría de Redes Asistenciales	\$ 76.784.897	578.071	\$ 2.014.705	2,6%	\$ 3.485
Subsecretaría de Salud Pública	\$ 233.104	5.044	\$ 150.577	64,6%	\$ 29.853
Ministerio de Trabajo y Previsión Social	\$ 36.204.456	24.580	\$ 45.337	0,1%	\$ 1.844
Instituto de Previsión Social	\$ 36.204.456	24.580	\$ 45.337	0,1%	\$ 1.844
Total general	\$ 370.717.617	2.618.131	\$ 12.538.914	3,4%	\$ 4.789

Fuente: Elaboración del Panel en base a la información extraída del *Sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales (SES y Dipres)*.

Nota: Todos los valores monetarios están expresados en pesos chilenos al año 2024.

Otras consideraciones

Si bien no forma parte de la base de la oferta programática de la evaluación sectorial, el Panel tuvo a la vista información sobre el gasto público en **Subsidios de Incapacidad Laboral (SIL)** por causa de trastornos mentales. Respecto del SIL de origen común, se financia con cargo a la cotización de salud que paga el trabajador de un 7% de su remuneración imponible. La licencia médica por un diagnóstico de trastorno mental representó el 33% de todas las licencias tramitadas por Fonasa en 2023, con una tendencia al aumento (31% en 2022; 29% en 2021) ocupando el primer lugar entre todas las causas. Se estima que se emiten 3 licencias por trabajador anual en este problema de salud, representando el 45,1% del gasto total en subsidio por incapacidad laboral tramitado por Fonasa (44,9% en 2022; 39,9% en 2021). Si bien el Panel no contó con información pormenorizada, la información pública disponible permite establecer que el gasto en SIL por trastornos mentales supera en varios órdenes de magnitud las estimaciones del gasto de toda la oferta programática relevante de salud mental, por lo que se considera necesario su inclusión sistemática a la hora de analizar la respuesta del Estado frente a las necesidades de salud mental de la población.

Al cierre de este informe, el Panel no tuvo a la vista la información del presupuesto y gasto en salud mental en la oferta de bienes y servicios del sector salud mediados por Fonasa que, aunque tampoco forma parte de la oferta programática monitoreada por Midesof, su análisis permitiría dimensionar

mejor el esfuerzo público que tributa a la política de salud mental, en particular en el tratamiento directo de los trastornos mentales. Por ejemplo, en un estudio publicado al que tuvo acceso el panel, los autores señalan que a partir de la información proveniente de la Superintendencia de Salud y el Fonasa sumados el gasto en los problemas GES de Esquizofrenia, Depresión, Trastorno Bipolar y Alzheimer y otras demencias, el sistema público tuvo un gasto de USD 36.636.174 en 2019 y un gasto de USD 24.441.205 en 2020 (un 33,3% menos en el año de pandemia), representando el 4,8% en 2019 y el 3,8% en 2020 de todo el GES (Toro y Leyton, 2023, Tabla 1 del artículo).

Evaluación del Panel

En base a estos hallazgos, el Panel concluye:

- Teniendo en consideración la información disponible, no es posible para el Panel evaluar en qué grado el financiamiento y el gasto de la OPR de Salud Mental esté alineada con la meta planteada por el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* de aumentar el presupuesto de salud mental a un 6% de salud. Para ello el Panel sugiere que la Dipres, Midesof y el Minsal avancen en una metodología común de estimación que permita el monitoreo sistemático del financiamiento y el gasto en salud mental con una perspectiva intersectorial. En el marco de esta Evaluación Sectorial, se sugiere monitorear un indicador de espacio fiscal para la salud mental, cuyo numerador corresponde al gasto total de la oferta programática relevante para cada año y el denominador el gasto público para el respectivo año. Así mismo, comparar la expansión del gasto de salud mental con la expansión del gasto público en general para el año respectivo. Para mayor información se sugiere revisar las recomendaciones de la *Propuesta de un modelo de financiamiento sostenible de salud mental en Chile* (BID CH-T1297-P002) encargado por BID y Minsal.
- En base a la información disponible, no es posible para el Panel referirse sobre si la expansión del gasto de la OPR de Salud Mental observada en el período 2017-2023 está adecuadamente orientada a los factores críticos identificados como brechas en el *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*.
- La capacidad de ejecución presupuestaria de la oferta es alta en general demostrado por rangos eficientes de ejecución presupuestaria para la OPR en su conjunto y por cada uno de los Servicios de manera particular.
- La gestión de la planificación presupuestaria de la oferta es adecuada en términos globales. El Panel considera que el caso de las variaciones del Servicio de Protección Especializada de la Niñez puede explicarse por el proceso de reorganización del Servicio. Así mismo, la situación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el Minsal, donde se observan presupuestos finales significativamente mayores a los iniciales, un fenómeno amplio en el sector y no circunscrito al ámbito de la OPR de Salud Mental que a juicio del Panel requiere ser enfrentada de manera sistémica.
- Una proporción considerable de la OPR de Salud Mental que es de tipo sanitaria no está siendo gestionada por el Minsal, institución pública que tiene las competencias y el mandato legal de realizarlo. Otros sectores de la organización gubernamental han generado programas para incrementar recursos al sistema de atención de salud, con el objeto de que mejore su capacidad de respuesta en lo específico en salud mental que esos otros sectores requieren. A juicio del Panel, esta situación debe ser abordada en dos sentidos: a) Incrementar la oferta, tanto en cantidad como en oportunidad, de los servicios provistos por el Minsal; b) revisar cuidadosamente la racionalidad de la oferta de atención sanitaria de los demás ministerios, asegurando que esta sea complementaria y adecuadamente coordinada e integrada a aquella provista por Minsal.
- En términos de la intensidad de la oferta programática, el Panel reconoce que tanto el perfil de necesidad de la población objetivo, como el tipo de atenciones que incorpora la OPR de Salud Mental explican una importante variabilidad en el gasto por beneficiario, concordante con lo observado con los datos analizados. Con todo, hay hallazgos específicos que a juicio del Panel requieren de una mayor atención:

- El gasto del Minsal, principal entidad con un mandato legal de proveer una respuesta de servicios de salud mental a las personas con algún trastorno mental presenta un gasto por beneficiario por debajo del promedio global de toda la OPR. Esto es particularmente relevante en el caso de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. El gasto por beneficiario de los programas de salud mental en la atención primaria, donde se espera pueda estar disponible la principal oferta integral para la población, es significativamente más bajo, de solo \$32.752 anuales, los cuales a juicio del Panel difícilmente representan el costo real de una canasta integral de beneficios de salud mental a nivel comunitario.
- En términos de la eficiencia administrativa, si bien fue analizada, el Panel no cuenta con suficientes antecedentes para emitir un juicio evaluativo sobre el nivel de desempeño de la oferta en esta dimensión, al no contar con una referencia comparable como *benchmark*.
- Las limitaciones sobre las fuentes de información expresadas previamente, particularmente relativas a la provisión de servicios de salud no incluidos en la OPR de Salud Mental disponible para ser analizada, impactan significativamente en la certeza de los hallazgos para la deliberación del Panel. El Panel recomienda realizar esfuerzos específicos con el sector salud para asegurar una armonización y adecuada disponibilidad de datos que permitan evaluar de manera coherente la oferta del Estado en el ámbito de la Salud Mental.

Indicadores de Evaluación de Eficacia

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 incorpora una línea de sistemas de información de salud mental que apunta a alimentar la toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de atención y mejorar la calidad de los servicios. En resumen aspira a: a) contar con indicadores trazadores para evaluar la calidad de la red temática de salud mental; b) contar con buen nivel de registros en salud mental; c) alinear la información de los sistemas de registro e información, para monitorear la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental; d) contar con un repositorio nacional de información en salud mental; e) desarrollo de sistemas de información que favorezcan el intercambio intersectorial de datos para optimizar los procesos de atención y su gestión. El programa *Construyendo Salud Mental (2022-2026)* profundiza en la medición de los indicadores relativos a salud mental en la estrategia nacional de salud, la vigilancia epidemiológica del suicidio y una comisión técnica sobre gestión de información. Estos instrumentos no detallan indicadores de evaluación de la política. Plantea el desarrollo de sistemas de registro e información que permitan evaluar las acciones que se desprenden de ella, por lo que la oferta programática y de servicios debe contar con indicadores de evaluación. A juicio del Panel, es particularmente interesante que la política considere un sistema de información intersectorial de salud mental.

Análisis de los indicadores en el Diseño de la oferta programática

En cuanto a los indicadores de propósito registrado por el Sistema de Monitoreo¹⁰¹, los 38 programas de la OPR formulan al menos dos indicadores a este nivel, la mayoría corresponde a indicadores de eficacia con enunciado y fórmula de cálculo. El programa de Subsidio de Discapacidad (Ex Subsidio de Discapacidad Mental) formula un indicador de calidad (Porcentaje de personas atendidas con tiempo de espera menor a 25 minutos en el año t)¹⁰².

Para el segundo indicador, los programas Habilidades para la Vida I y II dan cuenta un indicador de calidad (Promedio de percepción de cambio académico y psicosocial del programa HPV I en la escuela). El programa Fono Drogas y Alcohol también propone a este nivel un indicador de calidad (Personas mayores de 14 años aumentan niveles de información y orientación en relación con el

¹⁰¹ Los Informes de monitoreo son un instrumento limitado en términos de seguimiento de cumplimiento de indicadores específicos de salud mental, lo que puede ser revisado en tanto la política de salud mental ocupe un lugar prioritario, en particular por su despliegue intersectorial.

¹⁰² Desde la SES (programas sociales) se permite que los programas puedan reportar uno o dos indicadores de propósito, dependiendo si es suficiente solo con uno para medirlo.

consumo de drogas y alcohol). Situación similar ocurre con el programa Salud Responde (Personas residentes en el país cuentan con acceso oportuno a la resolución de problemas primarios de salud, mediante asistencia remota).

La variabilidad en el diseño de los indicadores es amplia, puesto que se asocian al nivel de atención donde se ubica el programa. Si bien esto no corresponde a una limitación, es relevante para la descripción. Aquellos que corresponden a Prevención Primaria Indicada utilizan instrumentos para evaluar los riesgos psicosociales, por lo que corresponden a sus medios de verificación para los resultados de la intervención. En el caso de los programas de prevención secundaria resuelven en tanto pesquisan y derivan a las instancias pertinentes los casos detectados, por los que los resultados son medidos por cumplimiento de procedimientos realizados. Cuestión diferente ocurre con los programas de tratamiento que ofrecen diversas definiciones operacionales de egreso que van desde la alta terapéutica hasta la administrativa, el abandono y otras razones. Finalmente, los programas de rehabilitación aspiran a mejorar o mantener la calidad de vida de los usuarios, dado que las perspectivas en caso de dependencias muchas veces son discretas.

Todos los programas, exceptuando el de Acompañamiento Psicosocial en APS, exhiben pertinentes notas metodológicas por las cuales se comprende el objetivo y procedimiento de la medición.

Desempeño de la oferta programática

En base a los datos disponibles, el Panel concluye que no es posible realizar una evaluación del desempeño de la oferta programática en el sentido esperado para una Evaluación Sectorial. Esto es, una evaluación del desempeño global de la política pública por las siguientes razones:

1. Ausencia de indicadores de eficacia y metas explícitas de la política pública (no sólo a nivel de programa), los que deberían ser parte de la definición de una Política Nacional de Salud Mental y su respectivo Plan. La existencia de indicadores a nivel de programas, si bien es útil para la evaluación de programas puntuales, no permite evaluar la política pública.
2. No existe una definición explícita de los programas y sus componentes en base a la metodología de marco lógico de resultados, que permitan trazar su contribución a indicadores intermedios y de impacto, lo que imposibilita evaluar su eficacia.
3. El Panel considera inadecuado realizar una evaluación de la política en base a un análisis agregado de la eficacia de cada programa. Esto debido a que los indicadores reportados por cada programa no están anclados a un *benchmark* explícito que permita analizar un nivel de cumplimiento de una forma estandarizada y comparable. Cualquier medida agregada o de resumen de la eficacia de la política no es recomendable en tanto no permite llegar a conclusiones evaluativas.

Evaluación del Panel

En base a estos hallazgos, el Panel concluye:

- Es imprescindible contar con un marco de monitoreo integral intersectorial para la Evaluación Sectorial de Salud Mental explicitado en la Política Nacional de Salud Mental y su Plan. Este marco debe contar, además de prioridades estratégicas y objetivos, indicadores de proceso, intermedios y de impacto con metas verificables. Cada programa parte de la OPR de Salud Mental debe considerar en su diseño de indicadores asegurar la contribución a los objetivos de la Política de Salud Mental y reportar en dichos términos.
- En esta línea, se requiere contar con información nominalizada para emitir juicios sobre la OPR de salud mental, lo que permite un análisis de su eficacia de manera integrada al

analizar el impacto sobre la población beneficiaria directamente considerando la integralidad de las intervenciones ofertadas por la política pública a lo largo del curso de vida.

Complementariedades y Duplicidades

Desde el punto de la **complementariedad** de la oferta programática para la salud mental, el Panel identifica dos dimensiones relevantes para la política de salud mental:

- a) La continuidad de cuidados obliga a la coordinación de los diferentes niveles de atención del propio sistema de salud, en un modelo de atención en red que la misma política define y que la estrategia de desinstitucionalización requiere. La organización del sistema de salud se reorganiza por la complejidad de la condición de salud mental de las personas, más que por su diagnóstico. Una parte de la población con problemas de salud mental requerirán cuidados de largo plazo orientados a la recuperación en una diversidad de oferta de posibilidades adecuadas a las necesidades, evitando la lógica que reduce y restringe la atención como internamiento de largo plazo. También se debe considerar el cuidado de quienes asumen el rol de cuidadores en las familias.
- b) La determinación social de la salud mental obliga a una respuesta intersectorial articulada, lo que la política promueve. Esto tiene al menos dos sentidos. El primero dice relación con que las causas o factores de riesgo de enfermedad mental o discapacidad psicosocial son sociales, económicos y ambientales, además de biológicos y, por lo tanto, la eficacia de la política también se juega en sus acciones destinadas a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad que requieren apoyos del Estado de diversa naturaleza, donde el cuidado de la salud mental puede ser introducido. Lo segundo es que una vez presentado el trastorno mental, las condiciones sociales, económicas y ambientales pueden determinar el camino hacia la recuperación o hacia la cronicidad y discapacidad. Los sectores que en la política se destacan en su orientación de desarrollo programático son salud, educación, social, trabajo, justicia y emergencias.

Análisis de la complementariedad en el Diseño de la oferta programática

De los 38 programas de la OPR, 31 (un 81,6%) declaran complementariedades con diversas instancias programáticas tanto intra como intersector¹⁰³. Los siete programas que señalan no tener complementariedades son: Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas, Programa de Apoyo a Víctimas, Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Salud Responde, Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS), Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente y Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS.

Las instancias con las que preferentemente se complementan son: programas del mismo servicio, subsecretaría o sector en el que se ubican; y eventualmente también se mencionan programas de otros sectores. La complementariedad con el sector salud desde los otros sectores está mediada por la necesidad de derivación a atención especializada frente a casos que presentan problemas de salud mental. Algunos programas son ejecutados por el sistema de atención en salud, aun cuando no son dependientes del Minsal. Lo anterior resulta consistente con lo registrado por el Ppanel en las entrevistas realizadas hasta ahora.

En cuanto a las duplicidades, tal como fue analizado en el apartado de Enfoques, en el análisis de los componentes por agrupación, se aprecia que la composición del diseño de los componentes

¹⁰³ No es posible describir en qué consisten estas complementariedades, pues el sistema de monitoreo pregunta si existen o no, y luego el programa describe en qué consisten para cada uno de los programas que señalan tener algún tipo de complementariedad, los que fluctúan entre uno a 10 programas. Tal como se ha señalado hasta ahora, el intersector refiere a todos los Servicios o Ministerios que desarrollan programas e intervenciones en salud mental con o sin Minsal.

apunta a objetivos distintos entre los programas. Esto es, si los diseños de los programas son diferentes entre sí, y por tanto los bienes y servicios que entregan difieren, entonces a pesar de que atiendan a la misma población no se están duplicando. Dicho así, es posible plantear la revisión de lo que se entiende por sobre intervención¹⁰⁴.

Integración de información cualitativa al análisis

Al abordar en las entrevistas los aspectos relativos a las complementariedades y duplicidades, aparece de forma muy asociada la noción de intersectorialidad. Es así como las entrevistas dan cuenta de un posicionamiento intersectorial de su relato en tanto los servicios que proveen esperan en el diseño ser complementados por el sector salud: “Yo creo que es buena la provisión de servicios de salud mental centralmente el rol de la atención primaria ha sido fundamental. Pero la provisión de atención secundaria está absolutamente carente en este país, o sea, tanto que se ha discutido la cosa de las colas y un montón de cuestiones de la lista de espera, cuando uno esto lo mira desde salud mental en niños y niñas es una cuestión que es terrible, y esto se espera en una línea intersectorial” (EG4.5).

Tal como lo señala la viñeta anterior, la situación de la salud mental en infancia y adolescencia es un tema muy sensible que aparece en las entrevistas, donde se connota la necesidad de intersectorialidad para la complementariedad: “No se coordinan entre las distintas instancias y las distintas visiones que tiene la ley de garantía de derecho del niño y niña y adolescente del 2022. Nosotros hemos hecho un trabajo con Mejor Niñez, y con el Mineduc, pero siento que también salud tiene que estar incorporado en términos de su rol y de lo que ellos tienen que hacer, y también el cómo esa ley que salió, todo se plasma en la intersectorialidad” (EG 3.1).

Si bien se realizan esfuerzos por desarrollar un trabajo complementario, donde el “intersector” cumpla un rol respecto a las condiciones sociales de la salud mental, la intervención biomédica es la que prevalece en la resolución o abordaje de problemas: “Estamos en reunión con los socios y trabajamos muy de la mano con los equipos de salud mental del Minsal, porque nosotros les transferimos los recursos a ellos para la ejecución y estamos a cargo más bien de los lineamientos monitoreo resultados. Entonces, no está ganado el tema intersectorial porque siempre está la tensión de que todo se resuelve en el fondo con psiquiatra, medicamento y especialidad” (EG4.2).

Las duplicidades, por su parte, son percibidas con distinta valoración. Para algunos, es parte de un discurso que tiende a ocultar las carencias del sistema: “Se hacen esfuerzos para que se produzca esta coordinación, pero hay un mito de la duplicidad de las atenciones que la hemos visto en todos los niveles. Los programas se están duplicando, las familias son atendidas por dos programas, y la verdad que en el caso de salud mental lo que vemos es que hay escasez de atención. Por más que tú te coordines, la mayoría de la población queda sin atención y tenemos que recurrir a visibilizar una alternativa privada para casos que son más complejos” (EG 4.6).

Por otra parte, se percibe que la posibilidad de duplicidad existe en tanto los registros no individualizan a los usuarios, por lo que una misma persona puede ser atendida por más de un programa sin que esto sea registrado por el sistema de información: “Creo que es un desafío en términos de que tú tienes que equilibrar todo lo que es la Ley de protección de información del paciente con la necesidad de acción intersectorial tanto como lo plantea el Chile Crece y el sector educación en términos de que es una continuidad de trabajo que requerimos retroalimentarnos. Yo creo que la duplicidad no está abordada suficientemente, por lo menos en los desafíos que plantea todo lo que es la garantía de derecho de los pacientes” (EG 3.2).

¹⁰⁴ Definimos sobre intervención como una situación en la que se interviene en exceso un problema.

Resulta útil relacionar el análisis de duplicidades y complementariedades al análisis de la gobernanza, en tanto es en este ámbito donde operan las coordinaciones entre los diferentes actores de la ejecución de acciones en beneficio o mejoras de la salud mental de la población. Tal como ya ha sido señalado, el Panel observa distintos elementos que la componen, entre ellos, la organización funcional gubernamental para la implementación de la oferta programática. Aquí aparece, como uno de los elementos sustantivos, el rol de la atención primaria: “Efectivamente uno de los grandes desafíos y en algo el que está trabajando activamente en la División de Atención Primaria¹⁰⁵ es poder fortalecer en conjunto con las otras divisiones el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria que rigen nuestro país y que, efectivamente la persona reciba cuidados según sus necesidades y en ese sentido, ahí hay un desafío importante para salud mental que también estamos trabajando con los territorios, que es que la salud mental se integre en el abordaje de los cuidados integrales de las personas en los equipos de sector y ahí claro, es súper importante que se aborde su necesidad de cuidado de salud mental, pero también de bienestar, no solamente desde el tratamiento, sino también desde la prevención, entonces hoy día se está operacionalizando eso con herramientas concretas para poder llevar a la práctica ese objetivo” (EG 5.2). Lo anterior tiene importantes implicancias a la hora de definir actividades prioritarias anticipatorias al problema y que esto tenga una expresión de gestión concreta en los territorios para su ejecución.

En cuanto a los mecanismos de participación, aquí se observa que la calidad de la atención está estrechamente relacionada con este elemento. En voz de los entrevistados, la participación social requiere de acciones formativas en la comunidad que se coordinen con las acciones que realizan los programas, lo cual significa un desafío para los equipos en vistas tanto a fortalecer el trabajo comunitario, como a lograr decisiones consensuadas con la comunidad: “La calidad también va de la mano con la dimensión de la participación en salud mental y en esa línea, uno puede pensar dos subcomponentes que son el de la participación, cómo las instituciones se aperturan al diálogo permanente con las comunidades del territorio, en términos de organización de acciones actividades conjuntas. Ahí hay un desafío, de cómo en la línea de formación también, no solamente vemos la formación en algunas líneas que las que estamos, por ejemplo, de formación de agentes comunitarios facilitadores comunitarios, sino también viceversa desde los equipos de salud, qué es lo que dice más, respecto a la brecha de los equipos de elementos y metodologías comunitarias. Ahí habría una brecha entonces por un lado, el desafío de aperturar o potenciar o fortalecer el trabajo comunitario desde las instituciones, pero también en la participación en la gestión de los de los establecimientos instituciones, etcétera, en esa línea también hay una brecha de cómo incorporamos a distintos actores dentro de los territorios en esta toma de decisiones tanto en la gestión como también en el detalle [...], por ejemplo, la toma de decisiones consensuadas, también ahí hay desafíos” (EG 5.4). Las organizaciones sociales sensibilizadas con la salud mental también perciben desafíos sobre su participación efectiva en el diseño y ejecución de políticas y programas. “Las organizaciones civiles ofrecen un alivio, información, contención, que falta en los dispositivos de atención que ofrece el Estado y eso reduce tiempos de diagnóstico” (EG 6.1), compartiendo la visión de que es central la participación de las personas usuarias de servicios de salud mental en la formulación y evaluación de las políticas públicas en este campo.

Evaluación del Panel

En base a estos hallazgos, el Panel concluye:

- La complementariedad está asociada a la estrategia de intersectorialidad en los programas. Un 81,6% declara tener complementariedades tanto intra como intersector, lo que a juicio

¹⁰⁵ La División de Atención Primaria (DIVAP) del Minsal pertenece a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

del panel es adecuado, aunque se esperaría un 100% dada la definición de salud mental que ampliamente ha expuesto el panel.

- Si bien la estrategia de intersectorialidad es valorada, puesto que permite la complementariedad, los roles que se esperan que cumplan los diferentes actores que son parte de la coordinación intersectorial no quedan claros. Es así como se demanda al sector salud mayor atención de espacialidad, en tanto el mismo sector salud resulta desbordado por tal demanda sin lograr resolver como el intersector esperaría. A su vez, desde la política de salud mental, el sector salud espera del intersector que se haga cargo de los aspectos o condiciones sociales de la salud mental, cuando en la práctica se ven sobrepasados por la complejidad de los casos que atienden, tal como ha sido señalado en el análisis de la información cualitativa realizado a partir de las entrevistas.
- Respecto a las duplicidades, el panel no emite un juicio definitivo, pues tal como ya ha sido señalado, las poblaciones objetivo están bien definidas y diferenciadas entre sí, pero los procedimientos de selección de los beneficiarios no están claramente definidos, los que podrían complicar el registro e incurrir en duplicidades. Es decir, tampoco se puede descartar posibles traslapes o duplicidades en algunos casos. Esto es corroborado por las entrevistas.
- Dado lo anterior, la OPR presenta desafíos en términos de su arquitectura, la que puede atentar contra la eficacia de la política pública, pues requiere mayores niveles de coordinación y continuidad de los cuidados de la OPR, evitando duplicidades y ámbitos no cubiertos. La existencia de múltiples programas que podrían ser componentes de un mismo programa dado sus objetivos y efectores son ejemplos de ello, tales como los programas orientados a NNA en situación de vulneración, donde existen múltiples intervenciones que podrían ser componentes de un programa, en tanto la trayectoria de los beneficiarios muestra ingresos, egresos y reingresos entre programas. Esto permitiría mejorar la coordinación y trayectoria de los componentes a lo largo del curso de vida o necesidades de salud, reducción de gastos administrativos, entre otros potenciales beneficios.
- Se identifican barreras al trabajo de articulación y coordinación intersectorial de la OPR, derivadas especialmente de la insuficiencia de cupos o plazas para situaciones complejas, amenazando la eficacia de la política pública, generando riesgos de duplicidad o vacíos para la acción de la política pública. El Panel identifica en la información cualitativa una tensión entre el sector salud y los otros sectores en términos de sus ámbitos de competencia y articulación. A juicio del Panel, esto puede impactar negativamente en la eficiencia y eficacia de la política pública.
- Tal como ya ha sido señalado, el intersector requiere que el sector salud pueda dar atención oportuna y de calidad a las poblaciones bajo su mandato (ej. NNA, Personas Mayores, etc.). Sin embargo, la oferta del sector salud se percibe como insuficiente en tiempo y forma, incentivando la proliferación de programas de tratamiento financiados y ejecutados desde otros Ministerios diferentes al sector salud. En el extremo, esto se deriva en una competencia entre Ministerios por recursos limitados (ej. Contratación de horas de psiquiatría infantil).
- El sector salud requiere de la acción intersectorial sobre los determinantes que condicionan la salud mental de la población. Esto es, la acción especializada de Ministerios y Servicios con acción especializada en los ámbitos educativo, laboral, social, entre otros, orientada a la prevención. Desde el sector salud se percibe que, dada la creciente orientación de los sectores no sanitarios en una oferta de tratamiento para poblaciones específicas, este esfuerzo compite con las acciones de nivel promocional y preventivo sobre las condiciones de vida de la población.

Evaluación de la Política de Salud Mental a nivel estratégico

La inexistencia de una política nacional de salud mental de naturaleza intersectorial.

La Evaluación Sectorial de la Política de Salud Mental 2017-2023 por parte del Panel estuvo representada por *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2023*, el *Programa Saludablemente (2020-2021)*, el *Plan de Acción de Salud Mental (2019-2025)*, la *ley 21.331 (2021)*, y el *Programa Construyendo Salud Mental (2022-2026)*. De acuerdo con las definiciones de la OMS (OMS, 2005), el Plan Nacional cumpliría algunos de los requisitos de una política, en tanto se pronuncia respecto de valores principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. También define un modelo de actuación a través de los enfoques y estrategias que se requieren desplegar, incluyendo la legislación y derechos humanos, la financiación, la organización de servicios, la disponibilidad de recursos humanos y formación, entre otros. Al mismo tiempo, incorpora los elementos de un plan propiamente tal, dado que establece un esquema específico de objetivos, metas, plazos y actividades para lograr las definiciones previas. En su composición de política y la de Plan, el instrumento es construido desde el sector salud para organizar la respuesta desde el sector salud, aun cuando declara la intersectorialidad como una de sus líneas de acción.

El análisis de la oferta pública sobre los problemas de salud mental muestra que una política nacional de salud mental requiere trascender la posición sectorial. En la práctica, parte de la oferta pública intersectorial analizada en esta evaluación ha nacido de instrumentos de política distintos a los arriba mencionados. Por ejemplo, han respondido a la implementación de leyes, como la Ley N° 20.066 sobre Violencia Intrafamiliar; la Ley N° 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente; la Ley 16.774 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales; la Ley N° 20.422 sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad; la Ley N° 21.302 que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia; la Ley N° 21.430, que establece el Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia; entre otras.

Cabe reiterar que el hecho de que en la mayoría de la OPR se ejecuten acciones para la salud mental en entornos no sanitarios es positivo, en la medida que esto responde a que la política requiere afrontar los determinantes sociales de la salud mental, a través de un abordaje intersectorial, al mismo tiempo que acercar las acciones incluso de tratamiento ahí donde viven las personas.

La naturaleza intersectorial de los problemas de salud mental denota que una Política Nacional de Salud Mental requiere trascender la posición sectorial que otorgue condiciones estructurales para una mejor coordinación de la oferta programática, aun cuando el sector salud tenga una relevancia central en las definiciones, entre otras razones, porque concentra la atribución legal sobre las acciones de salud en el territorio nacional del acuerdo con el Código Sanitario. Este parece ser el espíritu del nuevo Proyecto de Ley Integral de Salud Mental, ingresado a discusión parlamentaria en julio de 2024, como parte de los compromisos del actual gobierno¹⁰⁶.

La oferta programática como respuesta a un problema público en salud mental tiene brechas de cobertura significativas.

¹⁰⁶ El Proyecto de Ley Integral de Salud Mental presentado por el ejecutivo involucra a los ministerios de Salud, Educación, Vivienda y Urbanismo, de Trabajo y Previsión Social, Desarrollo Social, y de Justicia. También propone la creación de un Comité Interministerial para la implementación de la Ley. Al cierre de este informe el Proyecto de Ley se encontraba en su primer trámite en la Comisión de Salud del Senado.

Existe sintonía entre la descripción del problema público que buscan abordar los instrumentos de política de salud mental y la oferta pública analizada, tanto en sus tipos de poblaciones y los problemas específicos de salud mental o sus riesgos psicosociales. En base a lo analizado es posible afirmar que los programas aplican de manera pertinente criterios de focalización, ya sea por condición institucional o legal, pertenencia al seguro público (Fonasa), territorialidad o vulnerabilidad. Aunque se identifican cinco programas que no explicitan criterios de focalización, lo que podría representar una falla en el diseño o en el registro en el sistema de monitoreo, en la medida que no definan atención universal. Algunos programas consideran la planificación de cupos como criterio de focalización, lo que en realidad es una estrategia de administración de la capacidad limitada de oferta, probablemente a causa de la falta de recursos para aumentar la cobertura. Aun con lo anterior, el Panel concluye que los programas en general definen adecuadamente sus poblaciones objetivo, esto es, la población a la que esperan atender en el mediano plazo.

Luego, respecto a los criterios de selección de los beneficiarios, muy pocos programas los declaran, por lo que no es posible concluir si son o no adecuados para la priorización de la población. Esto es un problema relevante que debe ser subsanado por los programas. Sumado a esto, solo tres lo hacen según riesgos acumulados y otros dos por demanda espontánea, lo que permite afirmar que la población beneficiaria no cuenta con una clara identificación, lo que puede tener consecuencias a la hora de su registro.

En términos del desempeño, con cierta incertidumbre, dada la imposibilidad de contar con datos nominalizados, se observa una cobertura de la OPR a la baja, con una población objetivo creciendo más rápido que la capacidad de oferta. A nivel de diseño de la política pública, esto debe ser revisado, en tanto avanzar en la incorporación de nuevas poblaciones sin haber logrado asegurar un acceso efectivo a las poblaciones objetivos ya definidas atenta contra la sostenibilidad, legitimidad y la eficacia de la política pública.

Así mismo, el Panel considera suficiente la información disponible para concluir que existen brechas significativas de la oferta de servicios en el ámbito de la salud mental, particularmente en las dimensiones de tratamiento y rehabilitación. En todos los grupos poblacionales se identifican brechas importantes en la oferta.

El Panel considera imprescindible avanzar en un sistema de monitoreo más integral y comprehensivo de la oferta pública que subsane las limitaciones identificadas en esta Evaluación Sectorial.

Enfoques y estrategias de la política para el desarrollo de la oferta programática pública con desafíos en la ejecución.

El *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* es una continuidad de la política iniciada en la década de los noventa, con dos planes nacionales de salud mental previos (1993 y 2000), que apunta a la implementación del modelo comunitario de salud mental como principal estrategia y al respeto de los derechos humanos de las personas con trastorno mental y en condición de discapacidad psicosocial como principal enfoque. Al mismo tiempo, su lineamiento de intersectorialidad mantiene la indicación de que la acción gubernamental sobre los problemas de salud mental debe reflejarse en que los ejecutores pueden encontrarse en los diversos sectores de la vida de las personas, como educación, trabajo, vivienda, justicia, entre otros. Estos elementos se mantienen en el *Programa Saludablemente 2020-2021*, el *Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025*, y el *Programa Construyendo Salud Mental 2022-2026*. En este sentido, el Panel observa que el diseño de la oferta programática ha logrado incorporar varios de estos elementos.

En su conjunto, dentro de la oferta inicial de 104 programas se logra abordar la salud mental desde la prevención universal, fomentando factores protectores, hasta la rehabilitación psicosocial cuando hay condiciones de discapacidad psicosocial. Esto es positivo para la implementación de los

instrumentos de la política, pues ésta incorpora la importancia de cuidar la salud mental y prevenir los factores de riesgo psicosocial.

Sin embargo, el aspecto central de los instrumentos de política evaluados es la atención de las personas con trastornos mentales, para lo cual adopta un modelo de salud mental comunitaria para la organización del sistema de atención de salud y promueve la colaboración intersectorial con el sector salud para abordar la determinación social de la salud mental como parte de los procesos de recuperación e inclusión social. Se identifica un conjunto de 38 programas, que específicamente abordan problemas de salud mental, desde la prevención indicada, la prevención secundaria, el tratamiento y la rehabilitación, que son considerados los centrales para representar el propósito de los instrumentos de la política de salud mental del sector salud.

Los 38 programas cuentan con diversidad de estrategias para diversidad de problemas y poblaciones. A pesar de lo anterior, los programas señalan que la propuesta general de atención comunitaria en salud mental es insuficiente para muchas necesidades de la población que requieren asistencia especializada de salud mental. Es decir, para los ejecutores se interpretaría erróneamente que el modelo comunitario de salud mental es lo opuesto a la atención especializada de salud para los problemas de salud mental.

Lo paradójico de la situación es que, en tanto se requiere atención especializada, prevalece el enfoque biomédico en los ejecutores por sobre uno más integral que se esperaría del modelo comunitario. Por una parte, los ejecutores del sector salud esperan de los otros sectores sociales resuelvan las condiciones de vida que generan más riesgo de enfermedad mental o que interfieren en la recuperación también como una forma de evitar que la demanda siga creciendo, descuidando el hecho que también desde esos programas se identifica nueva demanda de atención clínica en salud mental que se agrega a la brecha de cobertura de atención existente. Por otra parte, los ejecutores de los otros sectores sociales esperan que el sector salud reciba la nueva demanda de atención clínica de salud mental en forma especializada comprendiendo e integrando en los tratamientos las variables sociales de alta vulnerabilidad presente en las subpoblaciones que atiende. Se constata tensión en las perspectivas estratégicas de implementación de las acciones en salud mental, lo que argumenta la percepción de complejidad de la aplicación del modelo en que prevalece el desafío de alinear e integrar políticas de salud y de bienestar social.

Finalmente, aunque el enfoque de derechos humanos prevalece entre los programas de la oferta programática, lo cual es consistente con las políticas de salud mental, en la ejecución se observan desafíos significativos de aplicación. En particular, en poblaciones en situación grave de vulnerabilidad social. El enfoque territorial es reclamado como un aspecto a relevar, tanto en el diseño como ejecución de programas.

Brechas en la disponibilidad de recurso humano para la ejecución de los bienes y servicios que requiere la implementación de la política.

Una preocupación importante del Plan *Nacional de Salud Mental 2017-2025* y sus estrategias para implementar programas se refiere a la meta de cerrar brechas de dotación del recurso humano y las competencias requeridas para trabajar bajo el enfoque de derechos humanos y las estrategias derivadas del modelo de salud mental comunitaria. Esta preocupación es consistente con lo declarado en las entrevistas, en las que se observa una competencia entre los programas por contar con ciertos profesionales especializados, por ejemplo, de médico psiquiatra infantil.

A partir del Sistema de Monitoreo de Programas Sociales y No Sociales no es posible evaluar cuantitativamente si el cierre de brechas en dotación y competencias se produce a lo largo del tiempo, siendo un aspecto que puede ser incorporado en la metodología de evaluación a nivel de política.

Disponibilidad y uso de medicamentos y tecnología para la atención de salud mental.

Aunque la disponibilidad de medicamentos y uso de tecnologías en la atención de salud se puede considerar dentro de las estrategias de atención, dada la naturaleza de la acción de salud, es importante identificarlo en forma separada al evaluar la perspectiva estratégica de la política (De Savigny y Taghreed, 2009). Uno de los aspectos positivos del desarrollo de la oferta programática pública para la salud mental es la incorporación de las tecnologías de comunicación que permiten ampliar el acceso a la población que lo requiere. En ocho de los 104 programas la estrategia principal está mediada por una tecnología telefónica o de página web institucional (por ejemplo, Fono Drogas o Fono Infancia).

En el caso de la OPR destacan Hospital Digital y Salud Responde, ambos del Minsal, los que en el contexto de la pandemia Covid-19 habilitaron protocolos de atención específicos y prioritarios de salud mental para toda la población. Aun cuando el Panel reiteró en varias oportunidades la solicitud de contar con el total de población beneficiada exclusivamente en salud mental sobre ambas plataformas, al cierre de este informe la información no estuvo accesible, por lo que no es posible determinar el alcance logrado de estos programas para el caso de la salud mental.

En el caso de los trastornos mentales y la discapacidad psicosocial una de las acciones propias del sector salud es la prescripción de tratamientos mediante uso de fármacos. El Sistema de Monitoreo de Programas no aborda información acerca de la disponibilidad de medicamentos en la OPR, por lo que no es posible realizar algún análisis cuantitativo al respecto. A partir de las entrevistas realizadas, la disponibilidad de psicofármacos esenciales en el sistema de salud aparece adecuadamente cubierta. También se observa que parte de la demanda al sector salud de atención especializada en salud mental por parte de los programas de otros sectores es lograr el acceso a tratamiento con psicofármacos para los casos que lo requieran. A partir de la entrevista con el Consejo Asesor de Salud Mental del Minsal, se desprende la preocupación por mejorar la regulación para prevenir el uso excesivo o inadecuado de medicamentos.

El financiamiento de la oferta de bienes y servicios en salud mental.

En base a la información disponible, no es posible para el Panel evaluar en qué grado el financiamiento y el gasto de la OPR de Salud Mental está alineada con la meta planteada por el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 de aumentar el presupuesto de salud mental a un 6% de salud. Para ello, el Panel sugiere que la Dipres, la SES y el Minsal avancen en una metodología común de estimación que permita el monitoreo sistemático del financiamiento y el gasto en salud mental con una perspectiva intersectorial. En el marco de esta Evaluación Sectorial, se sugiere monitorear un indicador de espacio fiscal para la salud mental, cuyo numerador corresponde al gasto total de la oferta programática relevante para cada año y el denominador el gasto público para el respectivo año. Así mismo, comparar la expansión del gasto de salud mental con la expansión del gasto público en general para el año respectivo. Una evaluación previa encargada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Minsal ofrece una propuesta para desarrollar un sistema de financiamiento de la salud mental en Chile¹⁰⁷, que el Panel considera como un estudio complementario a esta evaluación.

¹⁰⁷ Proyecto Propuesta de un modelo de financiamiento sostenible de salud mental en Chile (BID CH-T1297-P002) del BID y Minsal.

La capacidad de ejecución presupuestaria de la oferta es alta en general demostrado por rangos eficientes de ejecución presupuestaria para la OPR en su conjunto y por cada uno de los Servicios de manera particular.

La gestión de la planificación presupuestaria de la oferta es adecuada en términos globales, con excepción de programas de Servicio de Protección Especializada de la Niñez y la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el Minsal. En este último caso se considera un fenómeno amplio en el sector, y no circunscrito al ámbito de la OPR de Salud Mental, que a juicio del Panel requiere ser enfrentada de manera sistémica.

En términos de la intensidad de la oferta programática, el Panel reconoce que tanto el perfil de necesidad de la población objetivo, como el tipo de atenciones que incorpora la OPR de Salud Mental, explican una importante variabilidad en el gasto por beneficiario, concordante con lo observado con los datos analizados.

En términos de la eficiencia administrativa, si bien fue analizada, el Panel no cuenta con suficientes antecedentes para emitir un juicio evaluativo sobre el nivel de desempeño de la oferta en esta dimensión, al no contar con una referencia comparable.

Las limitaciones sobre las fuentes de información expresadas previamente, particularmente relativas a la provisión de servicios de salud no incluidos en la OPR de Salud Mental disponible para ser analizada, impactan significativamente en la certeza de los hallazgos para la deliberación del Panel.

El sistema de información para evaluar la oferta programática que tributa a la política.

La disponibilidad de datos estandarizados representa un problema relevante para evaluar estratégicamente la implementación de los instrumentos de la política de salud mental. Se requiere un Sistema de Monitoreo de Programas adecuado al propósito de evaluación de políticas, superando la lógica de monitoreo por programa. Así mismo, se debe asegurar la accesibilidad de los datos existentes en los distintos ministerios, en particular, en el caso de esta evaluación, de los datos solicitados a Minsal a los que no tuvo acceso el Panel.

A juicio del panel la información nominalizada permitiría realizar análisis más efectivos para evaluar una política a partir de la oferta programática que la implementa.

El Panel recomienda realizar esfuerzos específicos con el sector salud para asegurar una armonización y adecuada disponibilidad de datos que permitan evaluar de manera coherente la oferta del Estado en el ámbito de la Salud Mental.

Gobernanza de la oferta programática en la implementación de la política.

La gobernanza de la oferta programática implica proteger el interés público, y en este sentido, hay tres dimensiones de la gobernanza (Minoletti et al, 2018) que el Panel profundiza en el caso de la implementación de los instrumentos de la política de salud mental del sector salud: la organización funcional gubernamental (Cunill-Grau, 2013) para la implementación de la oferta programática; los marcos legales y regulatorios; y los mecanismos de participación social. Estos tres aspectos son abordados como centrales en los instrumentos de la política de salud mental evaluados.

En relación con la organización funcional gubernamental para la implementación de la oferta programática, la complementariedad de los programas en el caso de salud mental está asociada a la estrategia de intersectorialidad. Un 81,6% de los programas declara tener complementariedades con otros programas y servicios, tanto intra como intersectorial.

Si bien la estrategia de intersectorialidad es valorada, puesto que permite la complementariedad, los roles que se esperan cumplan los diferentes actores que son parte de la coordinación intersectorial no quedan claros. Es así como se demanda al sector salud mayor atención de especialidad, en tanto

el mismo sector resulta desbordado por tal demanda sin lograr resolver como el intersector esperaría. A su vez, desde la política de salud mental, el sector salud espera del intersector que se haga cargo de los aspectos o condiciones sociales de la salud mental, cuando en la práctica se ven sobrepasados por la complejidad de los casos que atienden.

Respecto a las duplicidades, el panel no emite un juicio definitivo, pues tal como ya ha sido señalado, las poblaciones objetivo están bien definidas y diferenciadas entre sí, pero los procedimientos de selección de los beneficiarios no están claramente definidos, los que podrían complicar el registro e incurrir en duplicidades. Esto es corroborado por las entrevistas.

Dado lo anterior, la OPR presenta desafíos en términos de su arquitectura, la que puede atentar contra la eficacia de la política pública, pues requiere mayores niveles de coordinación y continuidad de los cuidados de la OPR, evitando duplicidades y ámbitos no cubiertos. La existencia de múltiples programas que podrían ser componentes de un mismo programa, dado sus objetivos y efectores son ejemplos de ello, tales como Habilidades para la Vida y los programas orientados a NNA, donde existen múltiples intervenciones que podrían ser componentes de un programa en tanto la trayectoria de los beneficiarios muestra ingresos, egresos y reingresos entre programas. Esto permitiría mejorar la coordinación y trayectoria de los componentes a lo largo del curso de vida o necesidades de salud, reducción de gastos administrativos, entre otros potenciales beneficios.

Se identifican barreras al trabajo de articulación y coordinación intersectorial de la OPR, amenazando la eficacia de la política pública, generando riesgos de duplicidad o vacíos para la acción de la política pública. El Panel identifica en la información cualitativa una tensión entre el sector salud y los otros sectores en términos de sus ámbitos de competencia y articulación. A juicio del Panel, esto puede impactar negativamente en la eficiencia y eficacia de la política pública.

Tal como ya ha sido señalado, el intersector requiere que el sector salud pueda dar atención oportuna y de calidad a las poblaciones bajo su mandato (ej. NNA, Personas Mayores, etc.). Sin embargo, la oferta del sector salud se percibe como insuficiente en tiempo y forma, incentivando la proliferación de programas de tratamiento financiados y ejecutados desde otros Ministerios diferentes al sector salud. En el extremo, esto implica en una competencia entre Ministerios por recursos limitados (ej. Contratación de horas de psiquiatría infantil).

El sector salud requiere de la acción intersectorial sobre los determinantes que condicionan la salud mental de la población. Esto es, la acción especializada de Ministerios y Servicios con acción especializada en los ámbitos educativo, laboral, social, entre otros, orientada a la prevención. Desde el sector salud se percibe que, dada la creciente orientación de los sectores no sanitarios en una oferta de tratamiento para poblaciones específicas, este esfuerzo compite con las acciones de nivel promocional y preventivo sobre las condiciones de vida de la población.

En este sentido, a juicio del Panel la gobernanza de la OPR puede ser abordada en forma más efectiva a través de la organización funcional gubernamental, en la medida que se formule una política nacional de salud mental de naturaleza intersectorial, que regule de mejor forma la coordinación y articulación para la complementariedad. El gobierno del Presidente Boric ha presentado un Proyecto de Ley Integral de Salud Mental, actualmente en etapa de discusión parlamentaria, que propone la creación de un comité interministerial coordinado por Minsal. Para el Panel, esta es una alternativa que favorece la gobernanza intersectorial requerida, aunque considera que esta medida debe estar acompañada por la implementación de un sistema de cuentas satélite en salud mental que plantea el propio *Plan nacional de salud mental 2017-2025*, que permita a la instancia interministerial tener información y capacidad de decisión efectiva sobre la asignación de recursos para sostener la oferta programática pública.

Esto se vincula con la segunda dimensión de la gobernanza, es decir, los marcos legales y regulatorios sobre salud mental. Ya se ha descrito antes que varios programas se han generado a

partir de otros instrumentos de políticas, en especial una serie de leyes sectoriales, a las que tributan su implementación. Se requiere una armonización de los marcos legales que abordan los problemas de salud mental en alguno de sus articulados, en particular sobre los conceptos, enfoques y estrategias que terminan orientando la oferta programática que se genera.

Como ejemplo, el Código Civil vigente señala que “Son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y los sordos y sordomudos que no pueden darse a entender claramente. Sus actos no producen ni aun obligaciones naturales, y no admiten caución” (Artículo 1447 del Código Civil), lo que denota un lenguaje conceptos y accionar que transgrede los instrumentos de política de salud mental que se han abordado, y que han quedado superados. Frente al nuevo proyecto de ley integral de salud mental presentado por el gobierno existe la expectativa de que permita avanzar en una mayor armonización de los marcos legales y regulatorios para salud mental, en especial respetando el enfoque de derechos humanos. Contar con una ley integral ha sido parte de las metas del *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* en su rectoría, regulación y fiscalización, que se ha considerado incumplida hasta ahora.

Respecto de los mecanismos de participación social como otro elemento de la gobernanza, es una línea de acción explícita en los instrumentos de política de salud mental evaluados. Considera fortalecer la creación y funcionamiento de organizaciones sociales de usuarios, familiares y otras asociadas a salud mental, así como garantizar instancias de toma de decisiones de las personas usuarias en relación con sus procesos de tratamiento y recuperación. Estos aspectos no son posibles de evaluar a partir de la información disponible de la OPR. Durante el período de la evaluación, el Minsal implementó el primer Consejo Asesor de Salud Mental, instancia de participación consultiva integrada por representantes de la sociedad civil y usuarios de servicios de salud mental. A juicio del Panel, esto es un avance en la implementación de la política. Las personas integrantes de este Consejo también así lo consideran. Sin embargo, a partir de la entrevista realizada, también hay una opinión crítica respecto de los avances y se mantienen importantes desafíos para que la participación social sea efectiva. Una de las tareas principales encomendadas al Consejo es la formulación de una propuesta de política nacional de participación social en salud mental, tarea en proceso de elaboración. Esto puede ser una oportunidad para orientar mejor las acciones de participación de la oferta pública, en la cual se reconozca la incorporación de la perspectiva de la población objetivo y beneficiaria en el diseño y ejecución de los programas.

Conclusiones

Conclusiones del Panel sobre la OPR que implementa la política.

1. Se considera un logro positivo que exista una oferta programática pública diversa anidada en diferentes ministerios, interesada en responder a las necesidades de bienestar emocional y salud mental de la población, incluso en aquellos programas cuyo origen es el abordaje de otro problema social, pero que se enfrentan a esta necesidad en la atención de la población objetivo o beneficiaria. Esta oferta está asumiendo la importancia del abordaje intersectorial dada la multidimensionalidad de los problemas de salud mental.
2. Los programas aplican de manera pertinente criterios de focalización para identificar sus poblaciones objetivo, ya sea por condición institucional o legal, pertenencia al seguro público (Fonasa), territorialidad y vulnerabilidad. Lo anterior, permite concluir que los programas definen adecuadamente sus poblaciones objetivo, esto es, la población a la que esperan llegar. En consonancia con el Informe de Monitoreo 2023 (Midesof & Dipres, 2024), el Panel confirma que los programas cuentan con diseños pertinentes para identificar y priorizar las poblaciones que proponen atender en el mediano plazo.

3. Luego, la mayor parte de los programas (28) declaran utilizar criterios operativos para la priorización de su población beneficiaria. Cinco programas identifican riesgos acumulados y otros tres por demanda espontánea. Dos no declaran criterios de priorización.
4. Aun cuando hay un crecimiento sostenido en la población beneficiaria, se observa una cobertura de la OPR a la baja, con una población objetivo creciendo tres veces más rápido que la capacidad de oferta para atender la población beneficiaria cada año.
5. Si bien se observa un crecimiento relevante de la población objetivo y por tanto un aumento en la demanda de atención por problemas de salud mental posterior a la pandemia Covid-19, lo que es refrendado por diversos estudios nacionales e internacionales.
6. Así mismo, el Panel considera suficiente la información disponible para concluir que existen brechas significativas de la oferta de servicios en el ámbito de la salud mental, particularmente en las dimensiones de tratamiento y rehabilitación. En todos los grupos poblacionales se identifican brechas importantes en la oferta.
7. Aun cuando el contexto de pandemia Covid-19 implicó un aumento de presupuesto para el sector salud, con el objeto de atender los impactos de la pandemia en la salud humana, el Panel observa una disminución de recursos para salud mental en el período con información accesible post pandemia.
8. Los programas cuentan con diversidad de estrategias para diversidad de problemas y poblaciones, lo que es positivo en tanto se adaptan las estrategias con pertinencia.
9. A pesar de lo anterior, la propuesta general de atención comunitaria en salud mental es insuficiente para muchas necesidades de la población que requieren asistencia ambulatoria especializada de salud mental.
10. Lo paradójico de la situación es que, en tanto se requiere atención especializada, prevalece el enfoque biomédico por sobre uno más integral que se esperaría del modelo comunitario. Se constata tensión en las perspectivas estratégicas de implementación de las acciones en salud mental, lo que argumenta la percepción de complejidad de la aplicación del modelo.
11. El conjunto de enfoques de derechos humanos prevalece entre los programas de la oferta programática, lo cual es consistente con las políticas de salud mental, aunque su ejecución sigue siendo un desafío en el caso de poblaciones gravemente vulneradas. El enfoque territorial, en particular, es reclamado como un aspecto a relevar tanto en el diseño como ejecución de programas.
12. La complementariedad está asociada a la estrategia de intersectorialidad en los programas. Un 81,6% declara tener complementariedades con una serie de instancias tanto intra como intersector, lo que es una fortaleza para la integralidad de la acción sobre los problemas de salud mental.
13. Respecto a las duplicidades, el panel no emite un juicio definitivo, pues tal como ya ha sido señalado, las poblaciones objetivo están bien definidas y diferenciadas entre sí, pero los procedimientos de selección de los beneficiarios no están claramente definidos los que podrían complicar el registro e incurrir en duplicidades. Esto es corroborado por las entrevistas.
14. Dado lo anterior, la OPR presenta desafíos en términos de su arquitectura, la que puede atentar contra la eficacia de la política pública, pues requiere mayores niveles de coordinación y continuidad de los cuidados de la OPR, para evitar duplicidades y ámbitos no cubiertos.
15. Se identifican barreras al trabajo de articulación y coordinación intersectorial de la OPR, amenazando la eficacia de la política pública, y generando riesgos de duplicidad o vacíos para la acción de la política pública. El Panel identifica en la información cualitativa una tensión entre el sector salud y los otros sectores en términos de sus ámbitos de competencia y articulación.
16. La participación social en el diseño y ejecución de los programas no es visible en la información a la que se tuvo acceso, aun cuando es parte de los lineamientos centrales de la gobernanza declarada en el Plan nacional de salud mental 2017-2023. A partir de la información cualitativa, es posible concluir que esta es una dimensión que requiere mejoras significativas.

Recomendaciones

A corto plazo:

a) Fortalecer la gobernanza para la intersectorialidad.

1. Fortalecer la capacidad institucional de los sectores desde donde actualmente dependen los 38 programas de la OPR para mejorar la coordinación intersectorial, garantizando la articulación en particular con el sector salud, por ejemplo, a través de mesas de trabajo permanentes.
2. Fortalecer la acción intersectorial sobre los determinantes que condicionan la salud mental de la población. Esto es, la acción de Ministerios y Servicios con acción especializada en los ámbitos educativo, laboral, social, entre otros, orientada a la prevención.
3. Desde el sector salud se debe fortalecer la articulación de la oferta de tratamiento para poblaciones específicas derivadas de programas intersectoriales, en especial atención ambulatoria de nivel primario y especializado.
4. Capacitar a los equipos ejecutores de los programas en competencias técnicas sobre prácticas intersectoriales y enfoque de derechos humanos en salud mental.

b) Mejorar algunos aspectos en el actual sistema de monitoreo de programas sociales y no sociales de SES y Dipres en la actual OPR

1. Aquellos programas cuyo problema original es otro diferente a salud mental, pero que requieren incorporar este problema como parte de la integralidad de su accionar, tienen que incorporarlo al menos a nivel de componente, pues a un nivel de diseño menor (actividades) se invisibiliza la información requerida para su evaluación.
2. Se sugiere revisar la situación particular del Servicio de Protección Especializada de la Niñez que pueda explicar las variaciones de casi un 50% del presupuesto final e inicial.
3. Se sugiere revisar la información sobre gastos administrativos del Programa de Prevención del Suicidio ante la posibilidad de problemas en los datos reportados, dado que se trata un *outlier* en la distribución.
4. Incorporar al Sistema de Monitoreo a los Centros de Salud Mental Comunitaria y Los Hospitales de Día de Psiquiatría, dependientes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal.

c) Promover la participación social y comunitaria.

1. Involucrar a las poblaciones objetivo y beneficiarias en el diseño, implementación y evaluación de los programas, en lo que se sugiere cumpla un rol el Consejo Asesor de Salud Mental.
2. Incorporar al Sistema de Monitoreo de Programas, la evaluación de los mecanismos de participación social de los programas que contienen acciones sobre salud mental.

d) Desarrollar un marco y mandato legal para la construcción intersectorial de una Política Nacional de Salud Mental

1. El principio intersectorial del Proyecto de Ley Integral de Salud Mental en etapa de discusión parlamentaria es una oportunidad para la generación de una política de salud mental intersectorial, a partir de la oferta que el país ya ha alcanzado.

2. Hacer esfuerzos institucionales para acelerar el proceso de aprobación del Proyecto de Ley Integral de Salud Mental, considerando los insumos que representa este informe.

De corto a mediano plazo:

e) Ampliar la cobertura:

1. Evaluar la pertinencia de una eventual integración de los programas orientados a NNA con similares objetivos y efectores, donde existen múltiples intervenciones que podrían ser componentes de un programa integral con continuidad en cada etapa de desarrollo. Esto permitiría mejorar la coordinación y trayectoria de los componentes a lo largo del curso de vida o necesidades de salud de la infancia y adolescencia, en especial de cobertura y calidad, entre otros potenciales beneficios, como la reducción de gastos administrativos.
2. Fortalecer la capacidad de oferta del sector salud en cantidad y calidad sobre el tratamiento ambulatorio primario y especializado, en especial para la atención de los trastornos mentales de la población en condiciones de vulnerabilidad social. Tal como ya ha sido señalado, el intersector requiere que el sector salud pueda dar atención oportuna y de calidad a las poblaciones bajo su mandato frente a las cuales se detecta sospecha de trastornos mentales (ej. NNA y Personas Mayores).
3. Fortalecer la capacidad de oferta de los programas de atención de poblaciones en riesgo social, de parte de los programas que atienden los determinantes sociales de la salud mental.

f) Fortalecer los sistemas de información para el monitoreo y evaluación de nivel de política:

1. Es imprescindible contar con un marco de monitoreo integral intersectorial para la Evaluación Sectorial de Salud Mental que subsane las limitaciones identificadas en esta evaluación a nivel de política, como parte del Sistema de Monitoreo de SES y Dipres. Este marco debe contar, además de prioridades estratégicas y objetivos, indicadores de proceso, intermedios y de impacto con metas verificables a nivel de política. Cada programa de la OPR de Salud Mental debe considerar en su diseño de indicadores asegurar la contribución a los objetivos de la Política de Salud Mental y reportar en dichos términos. Las recomendaciones del Panel es avanzar hacia un sistema de monitoreo más robusto orientado a la evaluación de políticas y no sólo de programas.
1. En esta línea, se considera esencial avanzar en la capacidad de monitoreo nominalizado¹⁰⁸ de la política de salud mental, lo que permite un análisis de su eficacia de manera integrada al analizar el impacto sobre la población beneficiaria directamente, considerando la integralidad de las intervenciones ofertadas por la política pública a lo largo del curso de vida. Ya existen programas con información nominalizada que pueden dar inicio a este tipo de sistema de evaluación. Un ejercicio de prueba de concepto es provisto por el Panel en este informe (Anexo 5).
2. El monitoreo nominalizado permitirá identificar si las personas y familias reciben múltiples intervenciones, que, aunque no sean duplicadas dados sus objetivos, pueda representar una sobreintervención, en especial en el caso de NNA en situación de vulnerabilidad social. Deberá cumplir estándares internacionales de respeto de identidad y confidencialidad de la información.

¹⁰⁸ Actualmente existe el Registro de Información Social, la cual sí está nominada, aunque no está suficientemente poblada de información. El Panel accedió a la información del RIS para 6 programas con datos 2023. Si bien se solicitó esta información, Minsal no reportó información nominalizada al proceso de monitoreo. Con esta información el Panel ofrece una prueba de concepto de análisis en el Anexo 5, Propuesta de análisis nominalizada para la oferta programática del Gobierno de Chile.

g) Construir una política nacional de salud mental de naturaleza intersectorial y con enfoque de derechos humanos.

1. Avanzar en las condiciones técnico-políticas entre los diferentes servicios del aparato gubernamental actualmente involucrados para concordar la formulación de una política nacional de salud mental, con la experiencia de la oferta programática pública vigente, en la cual los diversos sectores se sientan representados en sus capacidades institucionales y potenciadas las complementariedades que se determinen como necesarias.
2. Recoger las orientaciones metodológicas emanadas desde la OMS sobre diseño de Políticas, Planes y Programas de Salud Mental (OMS, 2005).
3. Recoger la experiencia de Cataluña, España, sobre el Pacto de Salud Mental que establece una política intersectorial para salud mental, con algunos elementos adicionales interesantes para Chile como la idea de asignación presupuestaria de los programas públicos previamente concordada por los diversos ministerios y la evaluación de servicios de salud mental basado en estándares de derechos humanos, independientemente de qué ministerio ejecute.

De mediano a largo plazo:

h) Implementar y evaluar la Política nacional intersectorial de salud mental.

1. Realizar los ajustes pertinentes al diseño de la OPR de acuerdo con la nueva Política Nacional intersectorial de salud mental, y adecuar los aspectos de la ejecución de los programas que sean necesarios.
2. Evaluar la Política Nacional intersectorial de salud mental, utilizando un sistema nominalizado de análisis de la OPR que le tributa.

i) Asegurar un sistema de financiamiento adecuado.

1. Avanzar en el diseño de un sistema de financiamiento de la atención de los trastornos mentales del sector salud, coherente con los valores, principios, propósito y modelos definidos en los instrumentos de política de salud mental emanados desde Minsal que se evalúan en este informe.
2. Recoger las propuestas incluidas en el estudio *Propuesta de un modelo de financiamiento sostenible de salud mental en Chile* (BID CH-T1297-P002) encargado por BID y Minsal.
3. Evaluar y diseñar un sistema de financiamiento de los programas de la OPR ejecutados por el intersector, en coherencia con las recomendaciones del informe anterior.
4. En el futuro cada programa deberá declarar su contribución a la oferta de salud mental del Estado de forma pormenorizada. Información sobre su contribución para cerrar brechas en recursos humanos para la atención de los problemas de salud mental; fortalecer la capacidad de respuesta del nivel primario de salud; la inversión y habilitación de instalaciones de atención, en especial Centros de Salud Mental Comunitaria, Hospitales diurnos de psiquiatría, servicios de hospitalización de psiquiatría en hospitales generales; vivienda con apoyo; cambios a los mecanismos de pago a los proveedores de atención; contribuciones al costeo de las prestaciones de salud, entre otras.
5. Implementar un sistema de cuentas satélite de salud mental señalado en el *Plan Nacional de salud mental 2017-2025* u otro sistema de monitoreo y planificación presupuestaria integrada para la salud mental.

En conclusión, la Política de Salud Mental 2017-2023 generada en el sector salud ha logrado avances significativos, pero requiere ajustes para consolidar sus logros, cerrar brechas y garantizar su sostenibilidad en el tiempo. Reforzar la implementación intersectorial, mejorar la disponibilidad

presupuestaria, mejorar los sistemas de datos e información para un monitoreo a nivel de política y fortalecer las capacidades de gobernanza, son esenciales para el éxito del *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* y los siguientes que se formulen. Un avance sustancial será formular una política nacional de salud mental de naturaleza intersectorial.

Referencias

- Aguilera, I. y Arenas, A (2023). *Estimación del Gasto en Salud Mental en Chile 2014 - 2021*. Boletín Economía y Salud. 2023;17(1):2–11. Disponible en: desal.minsal.cl
- Aguilera, X., Castillo, C., Covarrubias, T., Delgado, I., Bravo, R., Gómez, M., González, C., Hirmas, M., Matute, I., Olea, A., Quiroga, A., Urrejola, O., Soto, M. (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno* – Centro de Epidemiología y Políticas de Salud; Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/files/2019/12/Estructura-y-funcionamiento-del-sistema-de-salud-chileno-2019.pdf>
- Alarcón RD, Saavedra J, Castillo H et al (2022). *Informe sobre la salud mental en el país*. Academia Nacional de Medicina del Perú. Opinión Institucional. <https://anmperu.org.pe/sites/default/files/3.%20TRABAJO%20ELABORADO%20POR%20EL%20GRUPO%20DE%20SALUD%20MENTAL.pdf>
- Bravo, D., Errazuriz, A., Calfucoy, P. y Campos, D. (2024). *Termómetro de la Salud Mental en Chile, Novena Ronda*. Asociación Chile de Seguridad (ACHS) – Centro de Estudios Longitudinales PUC. [https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/default-document-library/presentacion-tsm-r9-\(3\).pdf?sfvrsn=fa567a22_2](https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/default-document-library/presentacion-tsm-r9-(3).pdf?sfvrsn=fa567a22_2)
- Braun, V., & Clarke, V., (2021). Thematic Analysis. A Practica Guide. SAGE.
- Caldas de Almeida JM (2019) *Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso*. Cad. Saúde Pública; 35(11):e00129519. doi: 10.1590/0102-311X00129519 <https://www.scielo.org/pdf/csp/2019.v35n11/e00129519/pt>
- Care Act (2014) https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents?utm_source
- Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y (2019). *Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018*. Rev Peru Med Exp Salud Publica 36 (2) Apr-Jun 2019. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2019.362.4624>
- Cunill-Grau N (2013) *La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales, Un acercamiento analítico-conceptual*. Gestión y Política 23(1):5-46 https://www.researchgate.net/publication/262881983_La_intersectorialidad_en_las_nuevas_politicas_sociales_Un_acercamiento_analitico-conceptual
- Decreto Ley 2763. *Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud*. (03 de agosto de 1979). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=6999>
- Decreto N°570. Aprueba reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan (28 agosto de 1998). <https://bcn.cl/26fzq>
- De Savigny y Taghreed (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud*. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. OMS, 2009. <https://iris.who.int/handle/10665/44222>
- Diario Oficial de la Federación (2022). *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16%2F05%2F2022&utm_source=chatgpt.com#gsc.tab=0

Dirección de Presupuestos (Dipres), 2020. *Evaluación Sectorial*. Manuscrito en borrador.
Equality Act (2010) <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents>

Dipres, 2022. Informe Final Programa Hospital Digital. Extraído desde
https://www.dipres.gob.cl/597/articles-285478_informe_final.pdf

Dirección de Presupuestos y Subsecretaría de Evaluación Social (2024). *Informe de Resultados Monitoreo Cierre 2023*. Subdepartamento de Planificación, Diseño y Monitoreo y Departamento de Monitoreo. Santiago, Chile.
http://www.dipres.cl/598/articles-335151_informe_monitoreo_proceso_2023.pdf

Fuentes P, Albala C (2014) *An update on aging and dementia in Chile*. Dement Neuropsychol. 2014 Oct-Dec;8(4):317-322. doi: 10.1590/S1980-57642014DN84000003.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29213920/>

Gatica-Saavedra, 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*. Rev Med Chile 2020; 148: 500-505. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000400500>

Generalitat de Catalunya (2023) *Propuesta de las estrategias del Pacto Nacional de Salud Mental y Bienestar Emocional de Cataluña 2024-2030*. Informe I.
https://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/pacte-nacional-salut-mental/ESP_informe-Pla-de-salut-mental-28_03_24-ACCESSIBLE_96.pdf

Instituto de Salud Pública (ISP) (2024). *Promoción de la salud mental en el trabajo consideraciones conceptuales y nuevos desafíos*. Notas Técnicas en Higiene, Seguridad y Salud de los Trabajadores, N°125. <https://www.ispch.cl/wp-content/uploads/2024/08/NT-125-Promocion-de-la-Salud-Mental-en-el-Trabajo.pdf>

International Labour Organization (ILO) & World Health Organization (WHO), 2022. *Mental health at work: Policy Brief*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>

IPSOS (2023). *Monitor Global de Salud 2023, Una encuesta IPSOS en 31 países*.
https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-10/Ipsos-Global-Health-Service-Monitor-2023_ESP.pdf

Irrarrázaval M, Norambuena P, Montenegro C, Toro-Devia O, Vargas B and Caqueo-Urizar. (2021) *A Public policy responses to address the mental health consequences of the covid-19 pandemic: evidence from Chile*. Frontiers in Public Health. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2021.590335/full>

Jaeschke K, Hanna F, Ali S, Chowdhary N, Dua T, Charlson F. (2021) *Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017*. Glob Ment Health (Camb). 2021 Jul 21;8:e27. doi: 10.1017/gmh.2021.19. Erratum in: Glob Ment Health (Camb). 2021 Aug 03;8:e28. doi: 10.1017/gmh.2021.30.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34367650/>

Ley 16.744 establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (1968) (última modificación 2021). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28650>

Ley 19.345 dispone aplicación de la ley n° 16.744, sobre seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, a trabajadores del sector público que señala (1994) (última modificación 2009). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=30712>

Ley N°20.422. *Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad*. (03 de febrero de 2010). <https://bcn.cl/2irkh>

Ley N°20.584. *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud* (13 de abril de 2012). <https://bcn.cl/25b3z>

Ley N°21.331. *Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental* (11 de Mayo 2021). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>

Ley N° 21.545 establece la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ámbito social, de salud y educación (2023). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1190123>

Mental Health Commission of Canada (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*.
https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/05/MHStrategy_Strategy_ENG.pdf

Mental Health Act (1983)
https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents?utm_source

MIDESOF - DIPRES (2024). Informe de Monitoreo Proceso 2023. Santiago, Chile
http://www.dipres.cl/598/articles-335151_informe_monitoreo_proceso_2023.pdf

Ministerio de Educación (Mineduc) y Ministerio de Salud (Minsal) (2023). *Recomendaciones y Orientaciones del Consejo Asesor en Salud Mental para la Educación Superior*.
<https://educacionsuperior.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/49/2024/05/Recomendaciones-y-Orientaciones-Salud-Mental-Educacion-Superior.pdf>

Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irrazábal M, Díaz R, et al (2018). *Análisis de la gobernanza en la implementación del modelo comunitario de salud mental en Chile*. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e131. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6386069/>

MINSAL (2013) *Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo 2013*, Resolución Exenta 336/2013. https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/empresa/8-factores-psicosociales/2-normativa/minsal-resoluci%C3%B3n-exenta-336-aprueba-protocolo-riesgos-psicosocial-en-el-trabajo-2013.pdf?sfvrsn=90d09f4d_2

Ministerio de Salud (Minsal) (2014), *Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile – Segundo Informe*. HO AIMS. Santiago de Chile: MINSAL; 2014.

Minsal (2017), *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*, extraído desde
<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>

MINSAL (2017). *Plan Nacional de Demencia*.
<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>

MINSAL (2017) *Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo 2017*, Resolución Exenta 1433/2017 https://www.dt.gob.cl/portal/1626/articles-109081_recurso_1.pdf

y https://www.suseso.cl/606/articles-19640_archivo_09.pdf

MINSAL (2018). *Modelo de gestión de la red temática de Salud mental en la red general de salud*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.05.02_Modelo-de-Gesti%C3%B3n-de-la-Red-Tem%C3%A1tica-de-Salud-Mental_digital.pdf

MINSAL (2018) *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Salud Mental 1: Trastornos de ánimo: Depresión y Bipolaridad I-II*. https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Informe_Trastornos_del_Animo_ENS_2016_17.pdf?utm_source

MINSAL (2020). *Estrategias de apoyo al bienestar y la salud mental de la población, en el contexto de la pandemia por COVID-19: Informe final de propuestas de la mesa de expertos Saludablemente*. [https://medicina.uchile.cl/dam/jcr:9c039264-05ab-4c80-a307-ba5010978b2b/SALUDABLEMENTE_INFORME%20FINAL%20\(1\).pdf](https://medicina.uchile.cl/dam/jcr:9c039264-05ab-4c80-a307-ba5010978b2b/SALUDABLEMENTE_INFORME%20FINAL%20(1).pdf)

MINSAL (2021) *Plan de Acción de Salud Mental*. https://psiquiatriaorientechile.cl/wp-content/uploads/2022/01/Plan-de-Acci%C3%B3n-Salud-Mental-2019-2025_Minsal.pdf

MINSAL (2022a). *Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>

Minsal (2022b). *Informe de Mortalidad Por Suicidio En Chile: 2010-2019*. Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2022. Extraído desde https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/2022.06.10_Informe.de.la.decada.pdf

Minsal (2024a). *Construyendo Salud Mental*. Ministerio de Salud. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf

Minsal (2024b). Proyecto de ley que establece la ley integral de salud. Boletín N° 17.003-11. <https://www.camara.cl/legislacion/proyectosdeley/tramitacion.aspx?prmID=17615&prmBOLETIN=17003-11>

Naciones Unidas (2006). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Organización Mundial de la Salud – OMS (2005). *Política, planes y programas de salud mental*, Versión revisada. <https://iris.who.int/handle/10665/43526>

OMS (2021a). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

OMS (2021b). *Mental Health Atlas 2020*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

OMS (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama General*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357847/9789240050181-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2024). *Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica [Mental health, human rights and legislation: guidance and practice]*.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379200/9789240098169-spa.pdf?sequence=1>

Organización Panamericana de la Salud – OPS (1990). *Declaración de Caracas*. 14 de noviembre de 1990.

OPS (2020). *Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe*.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf

OPS (2022). *Aprueba la Política para mejorar la salud mental*. 30.a Conferencia sanitaria panamericana 74.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-r3-s-politica-salud-mental_0.pdf

OPS (2023a). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas*. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57504>

OPS (2023b). *Atlas de salud mental de las Américas 2020*. Washington, D.C.: OPS; 2023.

<https://www.paho.org/es/node/92582>

OPS (2023b). *Avances y desafíos de la reforma de salud mental en el Perú en el último decenio*.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/58312>

OPS (2023c). *Política para mejorar la salud mental*.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57236/OPASNMHMH230002_spa.pdf

OPS (2023d). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas (NASMA)*.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf

Piñera, S. (2017), *Construyamos Tiempos Mejores Para Chile - Programa de Gobierno 2018 – 2022*.

Rescatado desde <https://www.sebastianpinera.cl/programa-de-gobierno-2018-2022/>

Revista El Cambio (2023) *El cambio en el modelo de atención a la salud mental y las adicciones*.

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (Conasama) de la Secretaría de Salud de México.

Octubre 2023. https://issuu.com/conasamamx/docs/conasama_-_el_cambio_1_hq

Santomauro, D. et al. (2021). *Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic*. The Lancet, Volume 398, Issue 10312, 1700 – 1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Santomauro D, Vos T, Whiteford HA, Chisholm D, Saxena Sh, Ferrari A (2024). *Service coverage for major depressive disorder: estimated rates of minimally adequate treatment for 204 countries and territories in 2021*. The Lancet Psychiatry, Volume 11, Issue 12, 1012 - 1021

[https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(24\)00317-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(24)00317-1/fulltext)

Schalock RL, Luckasson R, Tassé MJ (2021). *An Overview of Intellectual Disability: Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports* (12th ed.). Am J Intellect Dev Disabil 126(6):439–

442, 2021. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-126.6.439>

Seabra RM, Sashidharan SP, Rodrigues MN (2021) *Caminos y desvíos en la trayectoria de la reforma psiquiátrica brasileña*. Salud Colectiva, 17:e3563. doi: 10.18294/sc.2021.3563
<https://www.scielo.org/pdf/scol/2021.v17/e3563/es>

Seth Mnookin, World Bank Group, and World Health Organization (2016) *Out of the shadows, Making Mental Health a Global Development Priority*.
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/270131468187759113/pdf/105052-WP-PUBLIC-wb-background-paper.pdf>

Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. (1982) *Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function*. J Fam Pract. 15(2):303-11.
https://cdn-uat.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1982-volume_14-15/JFP_1982-08_v15_i2_validity-and-reliability-of-the-family-a.pdf

Subirats, J. et al. (2008), *Análisis y gestión de políticas públicas*, Editorial Ariel España.

SUSESO (2018). *Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales*. Resolución Exenta 156/2018
<https://www.suseso.cl/613/w3-propertyname-647.html>

SUSESO (2023) *Informe Anual: Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral 2023*. https://www.suseso.cl/607/articles-741922_archivo_01.pdf

SUSESO (2022) *Informe Anual: Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral 2022*. https://www.suseso.cl/607/articles-715587_archivo_01.pdf

SUSESO (2021) *Informe Anual: Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral 2021*. https://www.suseso.cl/607/articles-692532_archivo_01.pdf

Tausch, Amy et al. (2022). *Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations*. The Lancet Regional Health – Americas, Volume 5, 100118. DOI: [10.1016/j.lana.2021.100118](https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118)

Tavares M (2019) *Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil*. Cad. Saúde Pública 2019; 35(11):e00184619. doi: 10.1590/0102-311X00184619
<https://www.scielo.br/j/csp/a/nft6dhxNzRyhHBh4WjQtHrv/?format=pdf&lang=pt>

The Senate Canadá (2006) *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada*. Final Report of The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.
https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/out_of_the_shadows_at_last_-_full_0_0.pdf

Thornicroft, G. et al. (2022). *The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health*. The Lancet, Volume 400, Issue 10361, 1438 – 1480. <https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/stories/commissions/stigma-and-discrimination-in-mental-health/translation7-1673863321137.pdf>

Thornicroft G y Tansella M (2005). *La matriz de la salud mental: Manual para la mejora de servicios*. Editorial Triacastela (Edición en Español). 352 p. ISBN-10: 8495840197; ISBN-13: 978-8495840196
<https://www.amazon.com/-/es/Graham-Thornicroft/dp/8495840197>

Toro-Devia O and Leyton G (2023) COVID-19 pandemic and mental healthcare: Impact on health insurance with guaranteed universal access in Chile. *Front. Public Health* 10:1005033. doi: 10.3389/fpubh.2022.1005033

<https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.1005033/full>

Toro-Devia O, Solis-Araya C, Soto-Brandt G, Sepúlveda-Queipul C, Pino P, Loyola F, et al. (2023). *Adverse sequelae of the COVID-19 pandemic on mental health services in Chile*. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e87. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.87>

Vicente B, Saldivia S y Pihán R (2016) *Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana*. *Acta Bioethica*, 22(1): 51-66 <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v22n1/art06.pdf>

Vigo, D., Kestel, D., Pendakur, K., Thornicroft, G. y Atun, R. (2018). *Disease burden and government spending on mental , neurological , and substance use disorders , and self-harm : cross-sectional , ecological study of health system response in the Americas*. *Lancet Public Health*. 2018;2667(18):1–8. DOI: [10.1016/S2468-2667\(18\)30203-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30203-2)

World Health Organization (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

World Health Organization (2023). *WHO's Special Initiative for Mental Health*. <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>

World Health Organization and the United Nations Children's Fund (2024). *Mental health of children and young people: service guidance*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379114/9789240100374-eng.pdf>

World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF) (2024). *Mental health of children and young people: service guidance*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379114/9789240100374-eng.pdf>

Zhang SX, Batra K, Xu W, et al. (2022). *Mental disorder symptoms during the COVID-19 pandemic in Latin America – a systematic review and meta-analysis*. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2022;31:e23. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796021000767>

Anexos

Anexo 1: Descripción de Oferta Programática de Salud Mental

Servicio	Programa	Descripción
Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Midesof)		
Instituto Nacional de la Juventud	Hablemos de Todo	El programa aborda el problema de Jóvenes entre 15 y 29 años que están expuestos a desinformación e información falsa que afecta su bienestar físico, mental y social, a través de Información sobre temáticas para el bienestar de los jóvenes y Estrategias Preventivas y Activaciones Regionales.
Servicio Nacional de la Discapacidad	Apoyo a la Implementación de Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR)	El programa busca apoyar a Dispositivos de Rehabilitación que no brindan un servicio integral con enfoque de rehabilitación con base comunitaria para las personas con discapacidad, a través de Financiamiento de acciones de fortalecimiento de la estrategia RBC en los dispositivos de rehabilitación, Talleres de formación de los equipos locales de rehabilitación, en temáticas centrales de la estrategia de RBC y Financiamiento de acciones de fortalecimiento del trabajo comunitario.
	Corporación de Ayuda al Niño Limitado (COANIL)	El programa busca apoyar a Personas con discapacidad de origen intelectual que ven restringida su participación plena y efectiva en actividades sociales, laborales y educacionales, a través del financiamiento de proyectos.
	Modelos residenciales para adultos en situación de discapacidad	El programa busca apoyar a las personas en situación de discapacidad entre 18 y 59 años institucionalizadas en hogares para menores, que no ejercen su autonomía en la toma de decisiones, a través de Atención en Residencias, Apoyo en Desarrollo Personal, Adaptaciones del entorno y Adaptaciones del entorno.
Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD)	El programa busca resolver la situación de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, víctimas de graves vulneraciones de derechos y separados de su medio familiar por orden de Tribunal, refractarios diversas ofertas de atención e intervención de la red de colaboradores de Mejor Niñez, a través de tres componentes: Atención Residencial, Intervención individual e Intervención Familiar.
	Familias de Acogida (FAE OCA)	El programa busca resolver la situación de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años separados de sus familias por orden de un Tribunal de Familia debido a graves vulneraciones de derecho no ejercen su derecho a vivir en familia, a través de tres componentes: Intervención individual, Intervención familiar e Intervención comunitaria.
	Intervención Especializada en Adopción (ex Programa del Niño Susceptible de ser Adoptado)	El programa aborda a niños, niñas y adolescentes (NNA) menores de 18 años en cuidado alternativo por orden de un tribunal, sin familia estable y protectora, a través de tres componentes: Apoyo a familias origen en conflicto con la parentalidad; acompañamiento y búsqueda de familia para niños y niñas adoptables; y formación y acompañamiento a familias interesadas en la adopción y adoptivas.
	Oficinas de Protección de Derechos de la	El programa busca prevenir situaciones vulneraciones de derechos asociadas a baja, mediana y alta complejidad de las que son víctimas niños, niñas y adolescentes menores

	Infancia y Adolescencia (OPD)	de 18 años son víctimas, a través de tres componentes: Atención psicosocial, Actividades de promoción y participación niños, niñas y adolescentes y, Fortalecimiento de las competencias parentales con las familias. Cabe señalar que alta complejidad se entenderá la presencia de situaciones y conductas que provocan un grave daño a la integridad física y psicológica de los niños, niñas y adolescentes.
	Programa 24 Horas	El Programa busca atender la situación de niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos y conductas transgresoras que ingresan al Programa Seguridad Integrada 24 Horas y que necesitan atención psicosocial oportuna. a través de cinco componentes: Atención especializada para el diagnóstico, derivación y seguimiento de niños niñas y adolescentes ingresados al PSI 24 Horas, Atención especializada a niños niñas y adolescentes prevención focalizada, Atención especializada a niños niñas y adolescentes en graves vulneraciones de derechos y trasgresiones de norma, Atención especializada a niños niñas y adolescentes en reinserción educativa y Atención especializada a niños niñas y adolescentes en tratamiento del consumo problemático de drogas.
	Programa de Intervención con Niños y Niñas institucionalizados y su preparación para la integración a familia alternativa (PRI)	El programa busca atender a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, adoptables y adoptados, derivados desde Tribunales de Familia u Oficinas Locales de Niñez, que presentan riesgo de ruptura o han vivido una ruptura familiar adoptiva, a través de tres componentes: Intervención terapéutica preadoptiva al niño niña y Adolescente, Preparación específica para la transición a la adopción niño, niña, adolescente y futuros padres y, Acompañamiento post enlace adoptivo.
	Programa de Intervención Integral Especializada (PIE)	El programa busca resolver las graves vulneraciones de derecho, tales como negligencia grave, abandono, explotación en peores formas de trabajo infantil, explotación sexual y transgresión de derechos de otras personas que son víctimas niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, a través de tres componentes: Intervención individual con niño niña y adolescente, Intervención con la familia y Gestión de redes intersectoriales.
	Programa de Prevención Focalizada para Niños, Niñas y Adolescentes Vulnerados en sus Derechos (PPF)	El programa atiende a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años son víctimas de vulneraciones de mediana complejidad en el contexto familiar no constitutivas de delito, como ser testigo de violencia intrafamiliar, maltrato psicológico leve a moderado, negligencia moderada y testigo de violencia intrafamiliar, a través de tres componentes: Intervención individual con niño niña y adolescente, Intervención con la familia y Gestión de redes intersectoriales.
	Programa de Protección Ambulatoria para Niños Niñas y Adolescentes	El programa busca resolver la situación de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años (o hasta 24 años) en situación de discapacidad grave (física, auditiva, visual, intelectual, psiquiátrica), víctimas de graves vulneraciones de derechos: maltrato físico grave, maltrato psicológico

	Vulnerados en sus Derechos con Discapacidad Grave (PAD)	grave, negligencia grave, delitos contra la indemnidad sexual, a través de tres componentes: Intervención individual con niño niña y adolescente, Intervención con la familia y Gestión de redes intersectoriales.
	Programa de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM)	El programa busca resolver la situación de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, víctimas de maltrato grave de tipo físico, psicológico y agresión sexual en cualquiera de sus formas, todos constitutivos de delito, que se les han vulnerados sus derechos, lo que afecta su desarrollo biopsicosocial individual, a través de tres componentes: Intervención individual, Intervención familiar y Gestión de redes intersectoriales.
	Programa Especializado en Intervención con Adolescentes con Conductas Abusivas de Carácter Sexual (PAS)	El programa busca abordar la situación de niños, niñas y adolescentes mayores de 10 años y menores de 18 años que presentan conductas abusivas de carácter sexual, a través de tres componentes: Intervención individual con niños niña y adolescentes, Intervención con la familia e Intervención comunitaria.
	Programas de Protección Especializada a Víctimas de Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente (PEE)	El programa busca atender la situación de Niños, niñas y adolescentes menores de 18 años son víctimas de explotación sexual, a través de tres componentes: Intervención individual con niños niñas y adolescentes, Intervención con la familia y Gestión de redes intersectoriales.
	Programas Especializados con Niños Niñas y Adolescentes en Situación de Calle (PEC)	El programa busca atender la situación de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años en situación de calle, a través de tres componentes: Intervención individual con niños, niñas y adolescentes, Intervención familiar y Gestión de redes intersectoriales.
	Residencia de Protección para Primera Infancia (RLP)	El programa busca resolver la situación de niños y niñas menores de 6 años, que han sido vulnerados gravemente en sus derechos y son separados de su familia de origen por orden de un tribunal, a través de cuatro componentes: Gestión de redes intersectoriales, Intervención individual con NNA, Intervención con la familia y Atención Residencial.
	Residencias de Protección para Madres Adolescentes (RMA)	El programa busca resolver la situación de adolescentes embarazadas o madres (menores de 18 años) con sus hijos, que son separadas de su familia de origen por graves vulneraciones de derecho, por orden de un tribunal de familia, a través de tres componentes: Residencialidad emocionalmente segura, Intervención terapéutica y Gestión de redes.
	Residencias de Protección para Mayores (RPM)	El programa busca resolver la situación de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 18 años vulnerados gravemente en sus derechos son separados de su familia de origen por orden de un tribunal, a través de 4 componentes: Gestión de redes intersectoriales, Intervención individual, Intervención con la familia y Atención Residencial.
	Residencias de Protección para Niños,	El programa busca resolver la situación de niños, niñas y adolescentes mayores de 6 y menores de 18 años con

	Niñas en Situación de Discapacidad (RDD)	algún tipo de discapacidad mental discreta o moderada, grave o profunda y/o discapacidad sensorial o física que deben ser separados de sus familias por graves vulneraciones de derecho, a través de cuatro componentes: Gestión de redes intersectoriales, Intervención individual, Intervención con la familia y Atención Residencial.
	Residencias Familiares	El programa busca resolver la situación de adolescentes entre 14 y 17 años separados de sus familias por graves vulneraciones de derechos por resolución de un juez, a través de tres componentes: Residencialidad emocionalmente segura, Intervención psicosocial con niños, niñas y adolescentes y, Acompañamiento familiar.
	Residencias Familiares AADD	El programa busca resolver la situación de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años con trayectoria previa en programas de cuidado alternativo (familiar y residencial) y separados nuevamente de sus familias por orden de un tribunal por graves vulneraciones de derechos, como maltrato físico y emocional, abandono, negligencia y, abuso y explotación sexual por orden de un tribunal, a través de tres componentes: Residencialidad emocionalmente segura, Acompañamiento terapéutico al niño o niña e Intervención terapéutica familiar.
	Residencias Familiares de Adolescencia Temprana de Administración Directa	El programa busca resolver los nuevos hechos de vulneraciones graves de derechos que viven niños y niñas entre 9 y 13 años con trayectoria previa de vulneraciones graves de derechos, con tres o más separaciones de sus familias, que deben ser interrumpidos y su situación proteccional prontamente asegurada con familia que entregue cuidado estable, a través de cuatro componentes: Residencialidad emocionalmente segura, Acompañamiento terapéutico al niño y niña, Acompañamiento terapéutico a la familia y Acompañamiento y habilitación al acceso de redes de protección social.
Servicio Nacional del Adulto Mayor	Buen Trato al Adulto Mayor	El programa busca apoyar a personas mayores que se ven enfrentadas a situaciones de vulneración de derechos, a través de la promoción de derechos y prevención del maltrato a las personas mayores, asesoría y coordinación de casos de maltrato a las personas mayores y disponiendo del Fono Mayor.
	Condominio de Viviendas Tuteladas para Adultos Mayores	El programa busca apoyar a personas mayores autovalentes en situación de vulnerabilidad que requieren de una solución habitacional, servicios de apoyo psicosocial y comunitario, a través de Plan de Intervención Psicosocial y Sociocomunitario, y la Conservación y/o Reparación Material de las Viviendas.
	Envejecimiento Activo	El programa busca resolver la baja participación de personas mayores autovalentes en instancias comunitarias que fomenten el envejecimiento activo y que ayuden a establecer redes sociales de protección, a través de talleres para fortalecer habilidades en la vejez, Campañas y Eventos Masivos de difusión del buen

		envejecer y Jornadas y Seminarios para fortalecer habilidades en la vejez.
	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores	El programa busca resolver el problema del alto porcentaje de personas mayores en situación de vulnerabilidad y con algún grado de dependencia, que carecen de cuidados de larga duración y de calidad, a través de servicios residenciales y de cuidado.
	Fondo Subsidio ELEAM	El programa aborda el problema de los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEAM) que se encuentran en funcionamiento y entregan servicios de cuidado con bajos estándares de calidad, a través de subvención mensual, acompañamiento sociosanitario a ELEAM informales, acompañamiento técnico y supervisión a ELEAM formales y capacitaciones, difusión y educación a la comunidad.
Subsecretaría de la Niñez	Abriendo Caminos	El programa busca mitigar los efectos psicosociales negativos que genera en los niños, niñas y adolescentes la separación forzosa con un adulto significativo, a causa de la privación de libertad, a través de la ejecución de 6 componentes. El primero es el Acompañamiento Psicosocial, Acompañamiento Sociolaboral, Sociocomunitario, componente Eje, Transferencias Monetarias y Gestión de la Oferta.
	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	El programa aborda los factores de riesgos para su desarrollo integral que presentan niños y niñas desde su gestación hasta los 4 años de edad, a través de cinco componentes: Fortalecimiento del desarrollo prenatal, Atención personalizada del proceso de nacimiento, Atención al desarrollo integral del niño y niña hospitalizado, Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña y, Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad.
	Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	El programa busca resolver que niños y niñas de 0 a 9 años con rezago, con riesgo en el desarrollo psicomotor o en riesgo biopsicosocial, a través de dos componentes: Entrenamiento a cuidadores con sus hijos(as) para la estimulación del desarrollo psicomotor y Fortalecimiento en competencias parentales a cuidadores que presentan riesgo biopsicosocial.
	Oficina Local de la Niñez	El programa aborda el riesgo de vulneración de derechos y vulneraciones de derechos que enfrentan niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, a través de tres componentes: Intermediación Social, Gestión Especializada de Casos y la Promoción Territorial.
	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	El programa busca resolver la afectación en su salud mental que presentan niños y niñas entre 0 a 9 años con riesgo de trastorno o trastorno de salud mental, a través de dos componentes: Tratamiento integral de salud mental a niños(as) entre 0 y 9 años de edad que presentan trastornos de salud mental y Prevención a través de controles de salud mental infantil.
Subsecretaría de Servicios Sociales	Apoyo a la Atención en Salud Mental	El programa aborda el bajo acceso a la atención integral en salud mental de las personas adultas en situación de calle, niños, niñas y adolescentes (NNA) con adulto significativo privado de libertad y/o sus cuidadoras/es y

		cuidadoras/es de personas en situación de dependencia. Esto, a través de la entrega de atenciones en salud mental, y el desarrollo de capacitaciones a los equipos de salud mental.
	Apoyo a Personas en Situación de Calle - SSyOO	El programa aborda el problema "personas en situación de calle presentan altos índices de vulnerabilidad psicosocial y sociolaboral". Esto, a través de la entrega de los componentes Eje, Gestión de Oferta, Transferencias Monetarias, Apoyo Psicosocial y Apoyo Sociolaboral.
	Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos – SS y OO	El programa aborda el problema "Personas mayores de 65 años y más, en situación de pobreza y que viven solos o con otra persona, se encuentran desvinculadas socialmente". Esto, a través de la entrega de los componentes Eje - Acompañamiento a la trayectoria, Acompañamiento psicosocial, Gestión de Oferta y Transferencias monetarias.
	Centro de Cuidados para Niños/as por Trabajos de Temporada (Ex Centro para Hijos para Niños/as de Cuidadores Principales Temporeros)	El programa busca abordar que madres, padres y cuidadores principales, que optan a trabajos de temporada durante enero y febrero de cada año, no cuenten con una alternativa de cuidado para los niños y niñas entre 6 a 12 años que tienen a su cargo, a través de cuatro componentes: Fondos Iniciativas Infantiles; Capacitación; Materiales de Trabajo y; Alimentación.
	Centros Temporales para la Superación	El programa busca abordar que personas en Situación de Calle (PSC) carezcan de las condiciones mínimas de supervivencia para asegurar su bienestar físico y social, a través de tres componentes: Centros de Bajo Umbral; Alojamientos para la superación y; Acceso a redes coordinadas y efectivas - Red Calle Cero.
	Red Calle Niños/as	El programa aborda que Niños, niñas y adolescentes (NNA) se encuentren en situación de calle, sin adulto responsable, permanecen en circuitos callejeros, a través de cinco componentes: Ruta de Vinculación en Calle; Centro Recreativo (CR); Albergue de Bajo Umbral; Viviendas Compartidas para la preparación de la Vida Independiente y; Servicio de Apoyo Integral.
	Red Local de Apoyos y Cuidados - RLAC	El programa busca abordar la vulnerabilidad biopsicosocial que enfrenta la diada compuesta por la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) moderada o severa y su cuidador principal, producto de la limitación en la realización de actividades de la vida diaria de la PSDF y la sobrecarga de su cuidador/a principal, a través de tres componentes: Plan de Cuidados; Servicio de Atención Domiciliaria-SAD y; Servicios Especializados-SSEE.
	Vivienda Primero	El programa busca abordar que personas con trayectoria en calle crónica mantengan su situación de calle, a través de tres componentes: Gestión de la Vivienda; Promoción de la Salud y; Herramientas para la Integración social.
Ministerio de Educación		
Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	Escuelas Saludables para el Aprendizaje	El programa aborda el problema de Estudiantes matriculados en establecimientos públicos y subvencionados por el Estado, presentan bajo acceso a

		espacios de promoción de hábitos de vida activa y saludable, a través de Escuelas Saludables, Campamentos Recreativos (CRE), Escuelas Abiertas y Actividades Promocionales de Vida Saludable.
	Habilidades para la Vida	El programa aborda el problema de Estudiantes niños(as) desde Nivel de Transición 1 (NT1) hasta 4° básico, matriculados en establecimientos subvencionados por el Estado, presentan dificultades de adaptación escolar, a través de Intervenciones de Apoyo Psicosocial Universales y Intervención de Apoyo Psicosocial especializado.
	Habilidades para la Vida II	El programa aborda el problema de Estudiantes niños(as) desde 5° hasta 8° básico, matriculados en establecimientos subvencionados por el Estado, que presentan problemas de Convivencia Escolar, a través de Intervenciones Preventivas Universales de Salud Mental y Intervención de Apoyo Psicosocial Especializado.
	Habilidades para la Vida III	El programa aborda el problema de Estudiantes de 7° básico a 4° medio, matriculados en liceos subvencionados por el Estado, desertan y abandonan el sistema escolar interrumpiendo sus trayectorias educativas, a través de Intervenciones psicosocioeducativas Universales y Intervención psicosocioeducativo de Apoyos especializados.
	Programa Piloto de Obesidad	El programa aborda el problema de estudiantes con Malnutrición por exceso matriculados en establecimientos públicos y subvencionados por el Estado que no reciben tratamiento médico durante su ciclo escolar, a través de tres componentes: Detección Temprana de mal nutrición por exceso; Atención Médica con Orientación y Educación Parental y; Control y Seguimiento.
Subsecretaría de Educación	Convivencia Escolar	El programa busca abordar los establecimientos educacionales que recibe subvención del Estado que tienen dificultades para gestionar la convivencia escolar mediante la implementación de redes territoriales, la capacitación a profesionales, y la asesoría de apoyo a establecimientos educacionales.
Subsecretaría de Educación Parvularia	Fonoinfancia	El programa busca resolver el problema de no contar con una asesoría especializada en relación a las habilidades o competencias parentales para ejercer labores de cuidado y crianza de adultos responsables de niños y niñas y adolescentes preferentemente de 0 a 9 años. Para esto, el programa dispone de un equipo de psicólogos especialistas en infancia y familia que entregan asesorías en relación al desarrollo y crianza de niños y niñas mediante un servicio de atención no presencial, gratuito, confidencial y de cobertura nacional que opera en una plataforma telefónica y online.
Subsecretaría de Educación Superior	Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo a la Educación Superior (PACE)	El programa busca que Jóvenes de establecimientos públicos de educación media accedan y completen trayectoria en educación Superior. Para hacer esto, el programa acompaña a los estudiantes en un proceso de preparación durante toda la educación media, que les entrega herramientas para lograr acceso a la educación superior. Además, apoya con nivelación académica y un

		acompañamiento psicosocial para la retención durante el primer año de los estudiantes que ingresan a educación superior.
Ministerio de Interior y Seguridad Pública		
Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres	CERT (Equipos Comunitarios para Respuesta en Emergencias)	El programa busca fortalecer las capacidades de la comunidad en reducción del riesgo de desastres en base a acciones de prevención, preparación y respuesta a emergencias, en coordinación con el municipio y los organismos del sistema local de prevención y respuesta ante desastres, con foco en aquellas comunas con factor moderado o alto en el Índice Comunal de Factores Subyacentes del Riesgo. A través de talleres de microzonificación de riesgos y recursos, cursos teórico-prácticos de equipos comunitarios en barrios y Talleres de actualización.
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Fono Drogas y Alcohol	El programa busca aumentar los niveles de información y orientación en relación al consumo de drogas y alcohol de las personas mayores de 14 años, a través de una plataforma telefónica de información y orientación.
	Prevención en Espacios Laborales (Trabajar con Calidad de Vida)	El programa aborda el problema de que instituciones públicas y empresas privadas no cuenten con una cultura preventiva frente al consumo de drogas y alcohol. Para lo anterior se implementan cinco componentes; los primeros tres son intervenciones diferenciadas según el tamaño de las organizaciones (Grandes y Medianas, PYME y MYPE); el cuarto consiste en la elaboración de una política preventiva; y el quinto la Promoción y Difusión de Prácticas Preventivas.
	Programa Tratamiento para Jóvenes y Adolescentes Ingresados al Sistema Penal por Ley N° 20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros Trastornos de Salud Mental	El programa busca que los adolescentes y jóvenes de todo el país, desde los 14 años, que han infringido la ley penal y son sujetos a la aplicación de la Ley N° 20.084, que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, obtengan logros terapéuticos en la recuperación de su trastorno. Para ello se implementan seis componentes: Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio Libre, Tratamiento Residencial en Medio Libre, Tratamiento Ambulatorio Intensivo en Medio privativo de libertad, Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Libre, Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría en Medio Privativo y Acompañamiento Judicial.
	Programa Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	El programa busca que personas mayores de 18 años con consumo problemático de alcohol y otras drogas modifiquen positivamente su patrón de consumo. Para ello cuenta con seis componentes: Tratamiento Ambulatorio Básico, Tratamiento Ambulatorio Intensivo, Tratamiento Ambulatorio Intensivo Especializado en Género Femenino, Tratamiento Residencial, Tratamiento Residencial especializado en Género Femenino y Acompañamiento Judicial.
	Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	El programa busca que personas mayores de 18 años, condenados a penas privativas de libertad en sistema cerrado de Gendarmería de Chile, que presentan consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, obtengan logros terapéuticos en la recuperación de su trastorno. Para ello

		se implementan los componentes Bajo Umbral: Intervención Motivacional y Alto Umbral: Tratamiento Ambulatorio intensivo.
	Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada	El programa busca que personas mayores de 18 años condenadas a Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva con consumo problemático de alcohol y otras drogas obtengan logros terapéuticos en la recuperación de su trastorno. Para ello se implementan dos componentes: Tratamiento Ambulatorio Intensivo y Tratamiento Residencial.
	Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	El programa busca que niños, niñas y adolescentes menores de 20 años con consumo problemático de alcohol y otras drogas, obtengan logros terapéuticos en la recuperación del trastorno de consumo. Para ello se implementan dos componentes: Tratamiento Ambulatorio Intensivo Infantoadolescente y Tratamiento Residencial Infantoadolescente.
	Tratamiento y Rehabilitación para Personas en Situación de Calle con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	El programa busca que personas en Situación de Calle, mayores de 18 años, con consumo problemático de alcohol y/u otras drogas obtengan logros terapéuticos en la recuperación del trastorno de consumo. Para ello se realiza un Tratamiento Ambulatorio Comunitario.
Subsecretaría de Prevención del Delito	Lazos	El programa busca que niños, niñas y adolescentes disminuyan su participación en actividades delictuales. Para ello se implementan cuatro componentes: Detección Temprana, Orientación en Parentalidad Positiva, Intervención en Parentalidad Positiva y Terapia Multisistémica (MST).
	Programa de Apoyo a Víctimas	El programa busca que víctimas de delitos violentos superen las consecuencias negativas de la victimización a través de una atención en los ámbitos psicológico, social y jurídico. Los componentes del programa son: Primera Respuesta, Segunda Respuesta y Entrevistas Investigativas Videograbadas e Intermediación Judicial (Ley 21.057).
	Somos Barrio (Ex Barrios Prioritarios)	El programa aborda el problema "barrios en zonas urbanas del país presentan un alto nivel de delitos seleccionados". Para ello se implementan cuatro componentes: Pilar Policial, Pilar Comunidad, Pilar Familias y Pilar Barrios.
Subsecretaría del Interior	Programa de Apoyo a Víctimas de Violencia Rural	El programa aborda el problema "las personas víctimas de violencia rural en la Macrozona Sur sufren consecuencias negativas en ámbitos económicos y psicosociales". Esto a través de la entrega de subsidios para la reposición de la actividad económica, el desarrollo de un plan social para la reposición de la actividad social de personas jurídicas afectadas y la instalación de oficinas de atención a víctimas de violencia rural.
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos		
Gendarmería de Chile	Apoyo para la Integración Social (Ex Programa de Apoyo a la Integración Social)	El programa busca que personas que se encuentran eliminando o aclarando antecedentes penales, cumpliendo condena con el beneficio de la Libertad Condicional o Indulto Conmutativo, reduzcan reincidencia delictiva. Para lo anterior se entregan cuatro componentes: Control

		administrativo, Intervención especializada, Integración sociocomunitaria, y Mejoramiento de la empleabilidad.
	Centros de Educación y Trabajo Semiabiertos	El programa tiene como objetivo que condenados privados de libertad en recintos diferenciados, reciban intervención con el objetivo de desarrollar y/o mejorar sus competencias sociales y hábitos laborales para lograr disminuir la probabilidad de reincidencia delictual. Se proveen prestaciones psicosociales, capacitación laboral y asesoría en trabajo productivo, pudiendo acceder voluntariamente al programa internos seleccionados que cumplen con los requisitos establecidos en el Decreto Supremo 943/2011.
	Creciendo Juntos	El programa busca que hombres y mujeres privadas de libertad reciban prestaciones básicas y profesionales en distintos ámbitos (salud, social, familiar) para ejercer una parentalidad positiva. El programa atiende a mujeres en etapa de gestación y mujeres privadas de libertad con hijos/as entre 0 y 2 años que permanecen con sus madres en reclusión. Así también, el programa atiende a padres con hijos hasta 12 años que concurren a visita, y otorga intervención psicosocial familiar en el contexto de su proceso de reinserción social.
	Intervención para Jóvenes que Cumplen Condena en Secciones Juveniles	El programa busca que condenados privados de libertad sujetos a la Ley 20.084 que ingresan a las Secciones Juveniles, reciben prestaciones laborales, educativas, de salud mental, deportivas y psicosociales, para generar un proceso socio educativo que les permita la reinserción social y que garanticen el cumplimiento de los derechos establecidos en la ley.
	Intervención para Libertad Condicional	El programa aborda el problema "personas condenadas a penas privativas de libertad que obtienen el beneficio de Libertad Condicional presentan incremento de la reincidencia delictiva, requiriendo intervención psicosocial criminológica y prestaciones para la integración social para disminuir la reincidencia delictiva y apoyar su proceso de reinserción social efectiva".
	Reinserción Social en Convenio con Ministerio del Interior	El programa busca disminuir el riesgo de reincidencia delictual de la población intervenida, mediante el mejoramiento de sus habilidades y competencias cognitivas, psicosociales, relacionales y laborales. Este contempla intervención en la etapa de reclusión y acompañamiento en la etapa de permisos de salida.
	Reinserción Social para las Personas Privadas de Libertad	La población penal que es intervenida de acuerdo a sus necesidades de intervención y nivel de riesgo de reincidencia mitiga los efectos de la prisionización y disminuye la probabilidad de comisión de delitos futuros. Esto se basa en el principio de que las personas privadas de libertad tienen derecho a acceder a programas y servicios que les permitan mejorar su calidad de vida y prepararse para su retorno a la sociedad. Estos programas y servicios incluyen educación, salud, trabajo, cultura, deporte, religión y asistencia social, entre otros.
Servicio Nacional de Menores	Justicia Juvenil - Apoyo Socioeducativo para Jóvenes	El programa busca resolver la exclusión escolar de jóvenes infractores entre 14 y 18 años, formalizados por la Ley N° 20.084 para el cumplimiento de medidas CIP, sanciones

	Infraactores de Ley (ASE)	PLA, PLE, CRC, CSC, desescolarizados o que, estando escolarizados, presentan rezago educativo, a través de dos componentes: Trabajo socioeducativo y Gestión de Redes asociadas al Plan de Trabajo Socioeducativo.
	Justicia Juvenil - Centro de Sanciones Régimen Cerrado (CRC)	El programa busca resolver las conductas de riesgo a nivel personal, familiar y sociocomunitario, que presentan jóvenes sancionados a internación en régimen cerrado, en los términos definidos por la LRPA en su artículo 20, esto es: “una intervención socioeducativa amplia y orientada a la plena integración social”, a través de un componente: Centro de Régimen Cerrado (CRC).
	Justicia Juvenil - Centros de Internación Provisoria (CIP)	El programa busca resolver que adolescentes imputados por conductas que de ser cometidas por mayores de 18 años constituirían crímenes, debiendo aplicarse cuando los objetivos señalados en art. 155 del CPP no pudieren ser alcanzados por alguna de las demás medidas cautelares personales, según LRPA (art. 32), a través de un componente: Centros de Internación Provisoria.
	Justicia Juvenil - Centros de Sanciones Semicerrado (CSC)	El programa busca resolver las conductas de riesgo a nivel personal, familiar y sociocomunitario, que presentan jóvenes sancionados a internación en régimen semicerrado, en los términos definidos por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente en su artículo 20, esto es: “que la sanción forme parte de una intervención”, a través de un componente: Centro de Régimen Semicerrado (CSC).
	Justicia Juvenil - Intermediación Laboral para Jóvenes Sancionados (PIL)	El programa busca resolver la dificultad para insertarse en un puesto de trabajo forma que tienen los jóvenes infractores entre 14 y 18 años, formalizados por la Ley N° 20.084 para el cumplimiento de medidas PSA, sanciones de medio libre (PLA y PLE) y sanciones privativas de libertad (CRC, CSC), a través de dos componentes: Competencias para la empleabilidad y Acompañamiento en el puesto de trabajo.
	Justicia Juvenil - Libertad Asistida Especial (PLE)	El programa busca resolver las conductas de riesgo moderado a nivel personal, familiar y comunitario, en los ámbitos socioeducativo y consumo problemático de drogas, que presentan jóvenes infractores entre 14 y 18 años, formalizados y sancionados por Ley N° 20.084 cumpliendo sanciones en modalidad de libertad asistida especial, a través de un componente: Plan de Intervención Individual.
	Justicia Juvenil - Servicios en Beneficio de Comunidad y Reparación Daño (SBC)	El programa busca resolver los factores de riesgo de adolescentes infractores entre 14 y 18 años, formalizados por Ley N° 20.084 y sancionados a realizar actividades no remuneradas a favor de la comunidad, a través de un componente: Servicios en Beneficio de la Comunidad (SBC).
Ministerio de la Mujer y Equidad de Género		
Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género	Atención, Protección y Reparación en Violencia contra las Mujeres	El programa apoya a mujeres víctimas de violencia de género que presentan daño psicosocial a través de atención psicosociojurídica, protección residencial, reeducación a hombres que ejercen violencia de pareja, representación jurídica en violencia extrema, reparación en

		violencia sexual y en violencia de género, atención continua y representación jurídica a mujeres que asisten a primera audiencia en Centro de Medidas Cautelares de Santiago y Servicio de Atención telefónica y Telemática (SATT).
Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio		
Subsecretaría de las Culturas y las Artes	Orquestas Comunes del Catastro FOJI	El programa busca resolver el déficit que presentan las Orquestas Comunes Infantiles y Juveniles del país para su desarrollo musical, mediante la implementación de ocho componentes: 1) Creación de Orquestas Comunes; 2) Fortalecimiento Orquestas Comunes; 3) Giras y Encuentros; 4) Proyectos Emergentes; 5) Capacitaciones a NNJ y Músicos; 6) Becas de Formación; 7) Becas de Perfeccionamiento en el Extranjero y 8) Apoyo psicosocial para directores e Instructores. Además, se beneficia a músicos, directores, instructores o no profesionales, brindándoles capacitaciones para mejorar la calidad de la enseñanza entregada a los NNJ de las orquestas comunes y becas de estudios en Chile y en el extranjero, las que deben ser retribuidas mediante el trabajo con orquestas comunes.
	Orquestas Propias de FOJI	El programa busca resolver la baja formación musical de niños, niñas y jóvenes del país, entre los 8 y 24 años de edad, mediante la entrega de cinco componentes: 1) Clases de Música con Modelo OSIM; 2) Beca para Gastos Derivados de la Formación Musical; 3) Beca Social; 4) Producción y Difusión Musical, y; 5) Semillero o Centro de Formación Musical.
Ministerio de Salud		
Subsecretaría de Redes Asistenciales	Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	El programa busca abordar la dificultad de la diada compuesta por la persona en situación de dependencia severa y su cuidador(a) para acceder a prestaciones de salud integral y continuidad cuidados que involucren aspectos físicos, emocionales y sociales, a través de tres componentes: Visita domiciliaria integral a personas con dependencia severa y su cuidador; Atención de Salud Mental de Especialidad y; Capacitación a cuidadores.
	Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.	El programa busca abordar la existencia de barreras de acceso para que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) beneficiarios de la red SENAME accedan a prestaciones de salud y continuidad de cuidados, a través de tres componentes: Atención de Salud Integral en Atención Primaria; Atención de Salud Mental de Especialidad y; Desarrollo de competencias técnicas en salud general y salud mental y abordaje intersectorial.
	Camas Socio Sanitarias	El programa busca abordar la existencia de pacientes sociosanitarios (personas con redes familiares y comunitarias disfuncionales) que se mantienen en los establecimientos hospitalarios de la Red Pública de Salud tras el alta médica, a través del componente Atención Integral y social en pacientes sociosanitarios.

	Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	El programa busca abordar el bajo acceso a la red sanitaria de especialidad en demencia de la diada de usuarios del sistema de salud pública, compuesta por las personas con demencia y su cuidador(a) principal, a través de dos componentes: Atención sociosanitaria de personas con demencia e Intervenciones psicosociales con cuidadores de personas con demencia.
	Elige Vida Sana	El programa busca abordar la malnutrición por exceso en usuarios del sistema de atención primaria de salud, a través de dos componentes: Refuerzo de Hábitos y Conocimientos para la Alimentación Saludable y Actividad física y tiempo libre.
	Espacios Amigables	El programa busca abordar la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud en el nivel primario de atención que afectan a adolescentes que residen en el territorio nacional, a través de dos componentes: Atención de Salud Integral a Adolescentes y Estrategias de educación en Salud y Participación social.
	Hospital Digital	El programa busca abordar los extensos tiempos de espera que presentan los beneficiarios del seguro público de salud para acceder a prestaciones de salud, a través de tres componentes: Atención Sincrónica, Atención Asincrónica y Apoyo Diagnóstico.
	Plan Nacional de Demencia	El programa busca abordar el bajo acceso a prestaciones de la red de salud pública en atención primaria y especialidad de salud mental de la diada compuesta por la persona con demencia y su cuidador/a, a través de cuatro componentes: Atención sociosanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud; Atención sociosanitaria en Unidades de Memoria; Sensibilización en la construcción social de las demencias y; Tratamiento de salud mental para familiares/cuidadores en el nivel de especialidad.
	Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	El programa busca abordar la baja adherencia al tratamiento en la Atención Primaria de Salud, de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 0 a 24 años, que presentan condiciones de salud mental asociadas a un alto riesgo psicosocial, a través de tres componentes: Acciones de vinculación con la atención de salud mental, salud y red comunitaria; Acciones de articulación y; Acciones de acompañamiento.
	Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS)	El programa busca abordar que las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado entre 1973 a 1990 evidencien un impacto negativo en su salud, a través de tres componentes: Gratuidad de la atención en el sistema público de salud; Rehabilitación y; Atención especializada de alta complejidad.
	Programa de Salud Trans	El programa busca abordar el bajo nivel de acceso a prestaciones específicas en salud relacionadas a procesos de acompañamiento psicosocial, transición hormonal y/o quirúrgica que presentan las personas trans y no binarias en Chile, a través de tres componentes: Acompañamiento psicosocial; Transición hormonal y; Transición quirúrgica.

	Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas	El programa busca abordar la alta presencia de patrones de consumo de riesgo y alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas, en población mayor de 10 años, beneficiaria FONASA, a través de dos componentes: Tamizaje de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y; Realización de intervención breve para reducir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, sobre población detectada con patrones de consumo de riesgo y alto riesgo.
	Programa Residencias y Hogares Protegidos	El programa busca abordar la baja la calidad de vida de personas que presentan alguna enfermedad mental y/o discapacidad psíquica, a través de dos componentes: Hogares Protegidos y Residencias Protegidas
	Programa Salud mental en la atención primaria de Salud	El programa busca abordar la alta presencia de trastornos mentales en las personas residentes en el territorio nacional, a través de tres componentes: Promoción de la Salud Mental; Prevención de los factores de riesgo de la salud mental y de trastornos mentales y; Atención integral a personas con trastornos mentales.
Subsecretaría de Salud Pública	Plan Comunicacional - Elige Vivir Sano	El programa busca abordar el insuficiente acceso de la población a información actualizada sobre conductas y estilos de vida saludables, que impactan en su calidad de vida, a través del componente Materiales y Campañas de difusión.
	Programa Nacional de Prevención del Suicidio	El programa busca abordar la existencia de factores ambientales que inciden en la aparición del comportamiento suicida, a través de tres componentes: Preparación de facilitadores comunitarios en prevención del comportamiento suicida; Preparación de docentes y asistentes de educación en prevención del comportamiento suicida y; Preparación del personal de salud en prevención del comportamiento suicida.
	Salud Responde	El programa busca abordar que las personas residentes en el país no cuenten con acceso oportuno a la resolución de problemas primarios de salud, a través de nueve componentes: Atención profesional no médica; Atención médica; Atención en salud mental; Atención administrativa; Atención en salud a través de redes sociales; Seguimiento de pacientes; Asesoría técnica a profesionales y técnicos de la salud; Apoyo a Gestión Intra e inter Sectorial y; Difusión.
Ministerio de Trabajo y Previsión Social		
Instituto de Previsión Social	Subsidio de Discapacidad (Ex Subsidio de Discapacidad Mental)	El programa busca abordar que personas con discapacidad, menores de 18 años, no cuenten con recursos económicos para cubrir sus necesidades, a través de la entrega de un subsidio mensual. Este beneficio es incompatible con la Asignación Familiar y con el Subsidio Familiar.
Subsecretaría del Trabajo	Programa Servicios Sociales	El programa busca disminuir el desempleo de la población más vulnerable, mediante el financiamiento de iniciativas de capacitación, intermediación y acompañamiento laboral. El Ministerio del Trabajo y Previsión Social, a través de la Subsecretaría del Trabajo, mediante llamado a concurso público, convoca a distintas instituciones privadas sin fines de lucro, a fin de que presenten

		propuestas que faciliten la inserción laboral de personas desempleadas, disminuyendo sus condiciones de vulnerabilidad social a través de acciones destinadas a incrementar sus oportunidades de acceso al mercado de trabajo, recibiendo capacitación en competencias de empleabilidad y oficios, seguido por la realización de una práctica laboral, intermediación y colocación laboral, y finalmente un seguimiento post inserción laboral.
--	--	--

Anexo 2. Descripción de la metodología de evaluación para la Parte II.

El Panel inició el proceso de evaluación a partir de la descripción de la política pública en salud mental desarrollada en la Parte 1 de la Evaluación Sectorial de la Política de Salud Mental 2017-2023, que delimita el alcance de dicha política e identifica la oferta programática que le tributa.

Respecto de la política a evaluar, el Panel analizó los contenidos que hacen referencia a los lineamientos estratégicos, objetivos, iniciativas y/o metas del *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2023* (Minsal, 2017), del *Programa Saludablemente 2020-2021* (Minsal, 2020), el *Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025* (Minsal, 2021), la *ley 21.331* (2021), y el *Programa Construyendo Salud Mental 2022-2026* (Minsal, 2023)¹⁰⁹. En ellos, el Panel discutió e identificó los énfasis que proponen u orientan el desarrollo de la oferta del Estado a los problemas de salud mental al señalar el tipo de población que prioriza, la naturaleza de las acciones que promueve (a través de sus enfoques, estrategias y ejecutores), al financiamiento al que aspira, la autoevaluación que considera y las eventuales complementariedades que asume. Sobre esto el Panel condujo su análisis de la oferta programática pública vinculada.

De acuerdo con el informe Parte 1 de la evaluación, la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda (Dipres) y la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (SES) identificaron 99 programas públicos que entregan bienes y servicios asociados a salud mental. De estos, pesquisaron 51 programas relevantes para la salud mental.¹¹⁰

A partir de esto, el Panel definió que la base de información para la evaluación también debía considerar cinco programas sociales adicionales dependientes del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda), del Ministerio de Interior y Seguridad Pública, que forman parte de las estrategias de reducción de la demanda de drogas (RDD)¹¹¹, por lo tanto, responden a medidas de salud pública. Esta información fue incorporada por la SES, obteniendo 104 programas en la base de datos.

Criterios de clasificación de la oferta

El Panel inició el análisis de los 104 programas de la oferta pública, incorporando como primer criterio de clasificación el tipo de atención para la salud mental que llegan a realizar, dada la información sobre los antecedentes, la población y la estrategia de cada programa.

Como se mencionó en el Capítulo 3. Antecedentes, la salud mental está determinada socialmente. En el marco de una evaluación sectorial de la política de salud mental, para el Panel esta característica conlleva una doble dificultad para identificar cuándo la política (y su oferta

¹⁰⁹ El Programa Construyendo Salud Mental, si bien fue elaborado como documento en 2023, señala que corresponde al esfuerzo por mejorar la salud mental de las personas que viven en Chile para el período 2022-2026, pág. 63, lo que corresponde al período del programa de gobierno.

¹¹⁰ El detalle del proceso metodológico de extracción de la información sobre la oferta de programas públicos que abordan salud mental y la identificación de cada uno de los programas relevantes se encuentra en la Parte 1 de este informe de evaluación (pág. 43).

¹¹¹ La Reducción de la Demanda de Drogas (RDD) considera prevenir el consumo inicial de drogas, intervenir tempranamente en quienes consumen drogas ocasionalmente o no son dependientes y tratar las consecuencias sociales y de salud adversas de la dependencia a través de programas de tratamiento, rehabilitación y cuidados posteriores.

programática) está dirigida a responder a las necesidades de salud mental de la población. Por una parte, se debe reconocer la naturaleza intersectorial de la salud mental; por otra parte, se debe delimitar operativamente el problema de salud mental teniendo en consideración la perspectiva sectorial de salud. La delimitación conceptual previa es relevante, pues en último término toda política pública orientada a mejorar las condiciones de vida de la población contribuye a la salud mental. Sin una mayor delimitación conceptual, esa condición hace casi imposible una evaluación sectorial de la política.

La definición de qué es sectorial en salud en Chile está delimitada por el Código Sanitario (MINSAL, 1967)¹¹², quien señala que este instrumento “rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes” (DFL 725, 1967, Artículo 1°). En este marco, el sector salud está representado por la red de proveedores de atención de salud públicos y privados de diverso nivel, quienes deben atender todas las materias relacionadas con la atención de la salud, y el Ministerio de Salud como regulador desde donde emanan las políticas sectoriales de salud.

En el análisis del Panel se debe considerar que la política de salud mental, sin embargo, define la intersectorialidad como una de sus líneas de acción que orienta a la oferta programática. En la política evaluada, esto implica generar acciones en dos sentidos. Primero, contar con programas de apoyo en otros sectores del Estado, distinto a salud. Segundo, incorporar programas de salud en entornos no sanitarios.

En la política de salud mental que se evalúa, el Panel comprende una definición de intersectorialidad como una estrategia que permite que la acción gubernamental logre la relación entre los sectores de su organización funcional (salud, educación, trabajo, social, entre otros), dado que con la salud mental, el Estado se enfrenta a un problema social multidimensional que requiere un abordaje integral (Cunill-Grau, 2013). En este sentido, el sector salud convoca a los otros sectores de la organización funcional gubernamental a integrar acciones para abordar la salud mental en sus políticas, y, por otra parte, a generar acciones en entornos no sanitarios (en la escuela, en el trabajo, en el lugar donde viven las personas), incluso para aquellos programas que implementa el propio sector salud. El Panel observa que, desde la perspectiva sectorial de salud, los trastornos mentales y la discapacidad asociada son su principal responsabilidad en las políticas sobre salud mental analizadas, tanto para evitar que se produzcan, como para organizar la respuesta cuando ya han ocurrido.

Para delimitar la política de salud mental que será evaluada y su correspondiente oferta programática, el Panel consideró que es de utilidad hacer referencia a dos marcos conceptuales. El primero de ellos es el modelo de historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark, ampliamente utilizado en el campo de la salud pública, que describe el curso que sigue una enfermedad desde su inicio, en condiciones naturales, hasta su resolución, ya sea por recuperación, cronicidad o muerte, sin la intervención médica. Este modelo identifica un período prepatogénico y un período patogénico el cual incluye una etapa subclínica, que ha facilitado los conceptos de prevención primaria, secundaria y terciaria o de tratamiento (Leavell y Clark, 1965).

Según Leavell y Clark, la historia natural de la enfermedad es el marco en el que se desarrollan las intervenciones preventivas y terapéuticas, dividiéndose en fases que permiten una comprensión detallada de cómo la enfermedad progresa y cómo puede ser intervenida en cada etapa.

¹¹² Última actualización del Código Sanitario en 2024.

La prevención primaria se refiere a las estrategias destinadas a evitar la aparición de enfermedades antes de que se desarrollen. La prevención primaria se centra en reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección en la población. La prevención primaria interviene antes de que se inicie la enfermedad, mediante medidas que eviten su aparición. En el contexto de la salud mental, toda política pública orientada a reducir los estresores psicosociales sobre la población general sería un ejemplo de prevención primaria. Esto incluye intervenciones como la promoción de estilos de vida saludables y las medidas para mejorar las condiciones de vida de la población. Un ejemplo de programa en este caso es el de Escuelas Saludables para el Aprendizaje conducido por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB).

En tanto, la prevención secundaria está dirigida a la detección temprana y al tratamiento precoz de las enfermedades en sus primeras etapas, antes de que progresen o causen daños significativos. La detección a través de pruebas de tamizaje permite intervenir oportunamente y mejorar los resultados en salud. La prevención secundaria busca interrumpir el curso de la enfermedad ya establecida mediante tamizajes o diagnósticos y tratamientos tempranos, reduciendo el impacto o la progresión. En el ámbito de la salud mental, la aplicación de pruebas o evaluaciones estandarizadas para identificar a población que esté desarrollando un trastorno mental en población aparentemente sana o de alto riesgo corresponde a medidas de prevención secundaria, lo que puede producirse en entornos institucionales sanitarios o en otros entornos en donde se desarrollan las personas, como los entornos educativos, laborales o comunitarios. Un ejemplo de esto es el programa de Acompañamiento Psicosocial en Atención Primaria de Salud, conducido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Minsal, que incluye el instrumento de APGAR Familiar¹¹³ en la evaluación de familias evaluadas como de riesgo.

Por su parte, el tratamiento se enmarca en la prevención terciaria, que tiene lugar una vez que la enfermedad ya se ha establecido y se busca minimizar las complicaciones o la progresión de esta. Se refiere a las acciones o intervenciones dirigidas a controlar, detener o paliar la enfermedad una vez que ya ha sido diagnosticada. El objetivo del tratamiento es restaurar la salud de la persona en la medida de lo posible o, si no es factible, mejorar la calidad de vida, evitar complicaciones o limitar las discapacidades asociadas a la enfermedad. Aquí, la rehabilitación es el proceso dirigido a restaurar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido una enfermedad, con el fin de que puedan alcanzar su máximo nivel de independencia física, mental y social. La rehabilitación no solo busca la recuperación física o funcional, sino también la reintegración social y laboral, permitiendo al individuo alcanzar la mayor capacidad posible dentro de las limitaciones impuestas por su condición. En este ámbito podemos situar la mayor parte de los servicios provistos por programas de salud y de otros sectores orientados a dar respuesta ante un trastorno mental y la discapacidad asociada.

El segundo marco conceptual acuña las definiciones de prevención universal, selectiva e indicada. Estos conceptos provienen del ámbito de la prevención del consumo de drogas y otros

¹¹³ El APGAR Familiar es un instrumento que mide la funcionalidad familiar a través de cinco constructos: a) la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis (**ADAPTACIÓN**); b) la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar (**PARTICIPACIÓN** o cooperación); c) el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo (**GRADIENTE DE RECURSOS**); d) la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia (**AFECTIVIDAD**); e) el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir ingresos y espacios (**RECURSOS**) (Smilkstein et al, 1982).

comportamientos de riesgo, y se basan en la clasificación propuesta por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, 1997). Este modelo fue diseñado para organizar las intervenciones preventivas en función de los niveles de riesgo de los individuos o grupos. Este modelo es el más aceptado en el diseño de estrategias preventivas en salud pública, especialmente en la prevención de adicciones y otros problemas relacionados con la salud mental y conductual (consenso científico).

La prevención universal está dirigida a toda la población, independientemente del nivel de riesgo. Su objetivo es reducir la incidencia de problemas antes de que aparezcan, aplicando intervenciones a gran escala, sin discriminar entre quienes podrían estar en mayor riesgo y quienes no. Aquí se incluyen programas de educación en salud pública, campañas antidrogas, o la promoción de estilos de vida saludables en la escuela o el trabajo.

La prevención selectiva se enfoca en subgrupos específicos de la población que están en mayor riesgo de desarrollar un problema de salud o conducta, debido a la exposición a factores de riesgo particulares, ya sean socioeconómicos, genéticos, o ambientales. Estas intervenciones buscan reducir la probabilidad de que estos grupos vulnerables desarrollen la enfermedad o conducta problemática. Por ejemplo, los programas diseñados para jóvenes que viven con altos índices de violencia o pobreza, o intervenciones en familias con antecedentes de consumo de sustancias.

Por último, la prevención indicada se dirige a individuos que ya muestran signos tempranos de un problema o que presentan factores de riesgo significativos, aunque no cumplen aún con los criterios diagnósticos de un trastorno o enfermedad. El objetivo es intervenir antes de que el problema se agrave o se vuelva clínico. Ejemplos incluyen intervenciones con adolescentes que han comenzado a experimentar con drogas o conductas antisociales, pero que aún no presentan un trastorno diagnosticado, entre otros.

Para el análisis de la oferta programática identificada, el Panel clasificó el tipo de atención para los trastornos mentales y la discapacidad psicosocial de cada programa como prevención primaria universal, prevención primaria selectiva, prevención primaria indicada, prevención secundaria, tratamiento y rehabilitación, según las definiciones expresadas en el cuadro 1. Este fue el **criterio del Panel para identificar la oferta programática central** en la evaluación de la política.

Cuadro 1. Definiciones para la agrupación de la oferta programática identificada, según el tipo de atención para los trastornos mentales y la discapacidad psicosocial.			
Tipo	Descripción	Subtipo	Descripción
Prevención primaria	Estrategia destinada a intervenir antes de que se inicie la enfermedad, mediante medidas que eviten su aparición. Se centra en reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección en la población.	Universal	Estrategia dirigida a toda la población, independientemente del nivel de riesgo, es decir, sin discriminar entre quienes podrían estar en mayor riesgo y quienes no. Esto incluye intervenciones como la promoción de la salud.
		Selectiva	Estrategia dirigida a subgrupos específicos de la población que están en mayor riesgo de desarrollar un problema de salud o conducta, debido a la exposición a factores de riesgo particulares. Estas intervenciones buscan reducir la probabilidad de que estos grupos vulnerables desarrollen la enfermedad o conducta problemática.

		Indicada	Estrategia dirigida a subgrupos que ya muestran signos tempranos de un problema o que presentan factores de riesgo significativos, aunque no cumplen aún con los criterios diagnósticos de un trastorno o enfermedad. El objetivo es intervenir antes de que el problema se agrave o se vuelva clínico.
Prevención secundaria	Estrategia dirigida a la detección temprana y al tratamiento precoz de las enfermedades en sus primeras etapas, antes de que progresen o causen daños significativos. La detección a través de pruebas de cribado permite intervenir oportunamente y mejorar los resultados en salud. Busca interrumpir el curso de la enfermedad ya establecida mediante tamizajes o diagnósticos y tratamientos tempranos, reduciendo el impacto o la progresión.		
Tratamiento	Se refiere a las acciones o intervenciones dirigidas a controlar, detener o paliar la enfermedad una vez que ya ha sido diagnosticada. El objetivo del tratamiento es restaurar la salud de la persona en la medida de lo posible o, si no es factible, mejorar la calidad de vida, evitar complicaciones o limitar las discapacidades asociadas a la enfermedad.		
Rehabilitación	Proceso dirigido a restaurar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido una enfermedad, con el fin de que puedan alcanzar su máximo nivel de independencia física, mental y social. La rehabilitación no solo busca la recuperación física o funcional, sino también la reintegración social y laboral, permitiendo al individuo alcanzar la mayor capacidad posible dentro de las limitaciones impuestas por su condición.		
Fuente: Elaboración del Panel, en base a Leavell y Clark (1965) y el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (1997).			

A partir de los resultados de este análisis, el Panel definió que la delimitación de la política evaluada hace referencia a la prevención primaria indicada, la prevención secundaria, el tratamiento y la rehabilitación. Esta delimitación resguarda que la oferta programática esté respondiendo centralmente a la política en el caso de la salud mental.

Es decir, la población potencial descrita en la política y la oferta programática está explícitamente definida como población en alto riesgo de un trastorno mental, o viviendo con trastornos mentales y/o discapacidad mental. Las estrategias e intervenciones preventivas diseñadas contemplan acciones dirigidas de detección temprana y tratamiento precoz de trastornos mentales, así como estrategias e intervención de tratamiento y/o rehabilitación, recuperación e integración social. Estos corresponden a 38 programas. Como forma de ser concordantes con la denominación presente en la Parte 1 del Informe, el Panel se refiere a este grupo de programas priorizados como oferta programática relevante de Salud Mental (OPR).

La oferta programática diseñada para la prevención primaria universal y selectiva de factores de riesgo, que son muy relevantes en el marco de la definición de salud mental, es considerada complementaria para la política sectorial evaluada, en el marco de las definiciones de trastorno y discapacidad que se adoptan en la política.

Es por ello, que el Panel incorpora un análisis global del conjunto de los 104 programas identificados (apartado 5.1) para tener una evaluación general de éstos y una evaluación en detalle de los 38 programas que definen la centralidad en la política (apartados 5.2 a 5.6).

Además, los programas fueron clasificados por el Panel según otros tres criterios para profundizar en el análisis: el ciclo vital al que se dirige; la naturaleza de los beneficios que otorga la atención para problemas de salud mental; y el tipo de problema de salud mental que describen como prioritario.

Según el ciclo vital, el Panel verificó que la población beneficiada por los componentes y actividades del programa fueron acciones efectivamente sobre su salud mental, en los grupos de edad de menores de 18 años, adultos y personas mayores. Para los programas que definieron un rango amplio de edad que contempló todas las etapas del ciclo vital, se consideró como destinado a toda la población (Tabla 4.2).

Tabla 4.2 Definiciones para la agrupación de la oferta programática identificada, según el ciclo de vida.	
Niños, niñas y adolescentes	Personas menores de 18 años
Adultos	Personas entre 18 y 64 años
Personas Mayores	Personas de 65 años o más
Todos	Toda la población sin mayor distinción de edad
Fuente: Elaboración del Panel.	

En relación a la naturaleza de los beneficios, estos pueden ser de tres tipos, de acuerdo a la clasificación del Panel basados en las acciones propuestas por el *Plan nacional de salud mental 2017-2025*: cuando la persona recibe atención y acompañamiento profesional de salud mental en diversas modalidades de intensidad en forma ambulatoria; cuando la persona recibe apoyo para mejorar su calidad de vida y favorecer su inclusión social plena; y cuando la persona recibe atención profesional de salud mental en situación de crisis requiriendo atención de urgencia u hospitalización (Tabla 4.3) Estos tipos de beneficios pueden ser recibidos en una institución de salud, es decir en un entorno sanitario, o en un entorno no sanitario. El entorno no sanitario puede ser institucional o en la comunidad y domicilio donde viven las personas. Dentro de los entornos institucionales no sanitarios también se consideran lugares donde están viviendo las personas, como centros residenciales de protección social, residencias con apoyo a la discapacidad psicosocial, o la cárcel. En este caso, la atención de salud mental se considera igualmente ambulatoria, a menos que la internación sea directamente indicada a causa del problema de salud mental, como puede ser los hogares y residencias protegidas o las comunidades terapéuticas para la atención de los trastornos derivados del consumo de drogas.

Tabla 4.3 Definiciones para la agrupación de la oferta programática identificada, según la naturaleza de los beneficios que otorga la atención.			
Beneficios que otorga el programa		Entorno en el que se desarrolla el programa	
Tipo de beneficio	Descripción	Tipo de entorno	Descripción
Programas de atención y acompañamiento ambulatorios de diversos niveles de intensidad	Servicios profesionales médicos y/o psicosociales para las personas que lo requieren, que incluyen orientación individual o grupal, evaluación y diagnóstico, tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos en diversas modalidades e intensidad, programas de rehabilitación psicosocial. En ninguna de las	Entorno sanitario	Centros de atención primaria de salud, Centros de salud mental comunitaria, Servicios de psiquiatría y salud mental ambulatoria de Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT),

	intervenciones implica pernoctar en el lugar de la atención.		Centros de Referencia de Salud (CRS).
		Entorno no sanitario	Carabineros
			Cárcel
			Centros de Apoyo a Víctimas
			Centros de la Mujer (Municipios)
			Centros justicia juvenil
			Comunidad (ej. calle, control vehicular, emergencias)
			Domicilio
			Educación
			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad
			Modalidad Residencial
			Organismos acreditados sin fines de lucro
			Tecnologías de comunicación (telefónica o web)
Programas de apoyo a la inclusión y calidad de vida	Apoyo a la integración, inclusión social, autonomía, vida independiente y calidad de vida destinado a las personas viviendo con trastorno mental y/o discapacidad psicosocial, sus familias y comunidades. Programas que incorporan fortalecimiento psicosocial para poblaciones específicas.	Entorno sanitario	Centros de atención primaria de salud, Centros de salud mental comunitaria, Servicios de psiquiatría y salud mental ambulatoria de CDT, CRS.
		Entorno no sanitario	Cárcel
			Centros justicia juvenil
			Comunidad (ej. calle, control vehicular, emergencias)
			Domicilio
			Educación
			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad
			Modalidad Residencial

			Organismos acreditados sin fines de lucro
			Tecnologías de comunicación (telefónica o web)
			Trabajo
			Transferencia monetaria
Programas de atención de urgencia y hospitalización o internación	Atención en episodios agudos del trastorno mental o desregulación emocional que implica altos niveles de riesgo para la persona, o indicaciones de tratamiento en modalidad de hospitalización o internamiento en comunidad terapéutica o similar.	Entorno sanitario	Servicios de urgencia en Atención Primaria y servicios de Emergencia Hospitalaria, Servicios de hospitalización psiquiátrica total o diurna.
		Entorno no sanitario	Hospitalización Domiciliaria
			Modalidad Residencial

Fuente: Elaboración del Panel basados en el Plan nacional de salud mental 2017-2025 y la oferta programática monitorizada.

Por último, el Panel clasificó los programas de acuerdo con el tipo de problema de salud mental que describen como prioritario, lo que se desprende de la población que atiende en salud mental y de la estrategia definida, en sus componentes e intervenciones (Tabla 4.4).

Tabla 4.4 Definiciones para la agrupación de la oferta programática identificada, según el tipo de problema de salud mental (grandes grupos) que atiende.	
Drogas y alcohol	El programa propone como tema central el abordaje del problema de drogas y alcohol en su descripción, en la población, en los objetivos y/o en las estrategias.
Violencia Intrafamiliar	El programa propone como tema central el abordaje de la violencia intrafamiliar, maltrato y/o abuso sexual en las víctimas, señalado en su descripción, en la población, en los objetivos y/o en las estrategias.
Riesgo psicosocial	El programa propone en términos generales el abordaje de los riesgos psicosociales que afectan la funcionalidad de las interacciones sociales, señalado en su descripción, en la población, en los objetivos o en las estrategias.
Discapacidad psicosocial severa	El programa propone la intervención explícitamente sobre poblaciones con discapacidad moderada y severa.
Trastorno mental	El programa propone en términos generales el abordaje de los trastornos mentales, aunque no necesariamente especifica alguno (trastornos del ánimo, trastornos ansiosos, psicosis, etc.), señalado en su descripción, en la población, en los objetivos o en las estrategias.
Suicidio	El programa propone la intervención explícitamente sobre la prevención del suicidio.
Demencia	El programa propone la intervención explícitamente sobre poblaciones con demencia.
Fuente: Elaboración del Panel.	

4.2 Otros bienes y servicios públicos para la salud mental y el bienestar

Dado el marco de la política a evaluar, consideró que era necesario ampliar el punto de partida, para lograr una evaluación comprensiva y holística de la política. A partir de esto, definió que la base de información para la evaluación también debía considerar:

- Incorporar bienes y servicios provistos por el sector salud, dado que es el sector principal responsable de otorgar atención a las personas con problemas de salud mental. Esta información no forma parte de las bases de datos del Sistema de Monitoreo de Programas Sociales y No Sociales, por lo que fue requerida al Ministerio de Salud:
 1. Prestaciones de salud mental incorporados en el régimen de garantías explícitas de salud (GES), población atendida y gasto asociado. Información parcialmente disponible. La información considera casos creados y no personas.
 - Problema de salud 15: Esquizofrenia.
 - Problema de salud 34: Depresión en personas de 15 años y más.
 - Problema de salud 53: Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.
 - Problema de salud 75: Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más.
 - Problema de salud 85: Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
 - Prestaciones de salud mental incluidas en canastas GES de otros problemas de salud GES.
 2. Prestaciones de salud mental identificadas en el Plan de Salud Familiar y población atendida. Información no accesible al cierre de este informe.
 3. Prestaciones de salud mental identificadas en la Modalidad de Atención Institucional No GES de Fonasa (MAI) y población atendida. Información no accesible al cierre de este informe.
 4. Prestaciones de salud mental identificadas en Modalidad Libre Elección (MLE Fonasa) y población atendida. Información no accesible al cierre de este informe.
 5. Instalaciones para la atención de salud mental, señalando si es para población adulta o niños, niñas y adolescentes. Información estuvo accesible sólo por un año, lo que no permite evaluar su nivel de progresión.
 6. Población bajo control y prestaciones de Salud Mental reportadas a partir del Registro Estadístico Mensual (REM) del DEIS. En este caso el Panel tuvo acceso a la reportería de salud mental del Ministerio de Salud.¹¹⁴
- Incorporar un análisis de las licencias médicas por causa de trastornos mentales, dado el alto impacto económico y social que hoy representa en Chile. Esta información fue extraída de los informes públicos de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), complementada con estudios académicos recientes publicados.
- Incorporar un análisis del proceso de medición de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo liderado por la SUSESO, dada la relevancia atribuida en la política a la salud mental laboral. Se exploró la información disponible en la página institucional de SUSESO¹¹⁵.

4.3 Estrategia de análisis de la información y limitaciones

¹¹⁴

https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2Fad0c03ad-ee7a-4da4-bcc7-73d6e12920cf§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&sas-welcome=false

¹¹⁵ <https://www.suseso.cl/608/w3-propertyname-538.html>

El Panel analizó la oferta conformada por 104 programas públicos en general, en base a los cuatro criterios antes descritos: el tipo de atención de salud mental, el ciclo vital de la población atendida en salud mental, la naturaleza del beneficio recibido y el tipo de problema de salud mental. En virtud del primer criterio de clasificación, es decir el tipo de atención de salud mental, el Panel concluyó en 38 programas priorizados por su centralidad para la política de salud mental. Este proceso se describe en el apartado 5.1

Los 38 programas priorizados, abreviados como OPR, fueron analizados por el Panel de acuerdo con su diseño y su desempeño con la información disponible en las bases de datos del *Sistema de Monitoreo de Programas Sociales y No Sociales*. Cuando el Panel lo consideró oportuno, profundizó explorando información en informes de evaluaciones previas realizadas por Dipres y SES que estuvieron disponibles, y entrevistas grupales a referentes de programas priorizados.

Dado que el Panel no tuvo acceso a parte importante de la información adicional solicitada al Minsal, ciertos análisis estuvieron limitados, por ejemplo, en la estimación de cobertura, complementariedades y duplicidades, para lo cual se realizaron proxys con los datos disponibles y la información cualitativa.

Con el conjunto de información cuantitativa y cualitativa disponible, el Panel estructuró el informe del análisis y evaluación de la OPR en los apartados 5.2 a 5.6, considerando lo que la política señala en cada tema, el diseño y el desempeño de la OPR y la valoración que concluye el Panel.

Este análisis y evaluación se desarrolló con el siguiente razonamiento progresivo:

1. Si la población a la que se destina la oferta programática de acuerdo con su diseño, incluyendo la focalización, y la que finalmente atiende, es coherente y tributa a la política de salud mental declarada. De acuerdo con la definición del sistema de monitoreo de programas públicos, la focalización considera los criterios adicionales mediante los cuales se identifica un subconjunto de la población potencial del programa denominada población objetivo, en tanto que la priorización considera los criterios adicionales o mecanismos mediante los cuales se define un subconjunto de población efectivamente beneficiaria de la intervención del programa¹¹⁶ (apartado 5.2).
2. Si las acciones que componen la oferta programática y que reciben las personas sobre la salud mental, se orientan en conformidad con la orientación de la política en sus enfoques, estrategias y organismos ejecutores (apartado 5.3).
3. Si el presupuesto y gasto de la oferta programática se condice con lo que la política aspira, así como el logro en eficiencia de la ejecución presupuestaria. Se consideró eficiencia en la ejecución presupuestaria cuando estuvo dentro del rango de 85%-110% en concordancia con el criterio utilizado en el monitoreo de programas 2023 de Dipres y SES¹¹⁶ (apartado 5.4).
4. Si la oferta programática considera la evaluación de su eficacia en miras a tributar a la implementación de la política de salud mental (apartado 5.5).
5. Si la oferta programática se complementa para lograr integralidad y potenciar los resultados, y si se observan aspectos de duplicidad (apartado 5.6).

Respecto de la información cuantitativa, el Panel analizó una base de datos con información de antecedentes, poblaciones, estrategias, gastos, ejecutores, complementariedades, indicadores de propósito y complementarios, enfoques y problemas incorporando 145 variables sobre información para el periodo 2017-2023 para toda la OPR. A partir de la información disponible se realizaron análisis de variables seleccionadas por su pertinencia para cada ámbito de la evaluación, mediante

¹¹⁶ Dirección de Presupuestos y Subsecretaría de Evaluación Social (2024). Informe de Resultados Monitoreo Cierre 2023. Subdepartamento de Planificación, Diseño y Monitoreo y Departamento de Monitoreo. Santiago, Chile.

estadísticas descriptivas, generando tablas de resumen, figuras con las tendencias observadas en el período y análisis por subgrupos de la OPR, en base a tipo de atención, ciclo de vida, naturaleza de los beneficios y tipo de problema de salud mental al que está orientado. Los análisis de tendencia incorporan el período con información disponible para cada programa en el rango de análisis (2017-2023), en tanto los análisis en profundidad de las características de la OPR son de carácter transversal para el último año con información disponible (2023) al ser el año con información más completa y reflejar un período de análisis de regreso a una normalidad post-pandemia que, a juicio del Panel, permite conclusiones en base a una situación más estable de la OPR. Todos los análisis presentados que consideran información presupuestaria están expresados en pesos chilenos a valor presente (2024) para facilitar su comparabilidad en el tiempo.

Para efectos de los análisis cuantitativos presentados de poblaciones y financiamiento, el Panel decide excluir tres programas que, siendo considerados como parte de la OPR, su inclusión generaba distorsiones en los análisis que afectan la interpretabilidad de los resultados debido a la magnitud de población beneficiaria que registran. Estos programas son: 1) DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas (1,75 millones de beneficiarios); 2) Hospital digital (948.929 beneficiarios) y 3) Salud Responde (702.702 de beneficiarios). En los tres casos la población que específicamente se considera beneficiaria de la intervención en salud mental es un nuevo subconjunto de la población beneficiaria del programa. Si el Panel considera toda la población beneficiaria registrada en la base de datos se obtendrá una cobertura promedio para salud mental falsamente sobredimensionada. En estos casos, se solicitó información adicional a Minsal sobre la población efectivamente atendida en los componentes específicamente acotados al ámbito de salud mental para delimitar adecuadamente las poblaciones y su análisis. Al cierre de este informe dicha información no estuvo accesible, limitando la estimación de coberturas, complementariedades y duplicidades, entre las principales.

4.4 Información cualitativa

Respecto de la información cualitativa, en complemento, el Panel desarrolló seis entrevistas grupales a referentes de los Servicios desde donde dependen los programas que componen la OPR, y los bienes y servicios que no están en el sistema de monitoreo. El levantamiento de estos datos cualitativos se realiza con el propósito de comprender aspectos del diseño y desempeño de la oferta programática, adicionales a la información disponible en las bases de datos analizadas, y contar con evidencia empírica que contribuya a interpretar algunos resultados en el período. Las entrevistas que al cierre de este informe se concretaron, se concentraron en referentes de programas dependientes de:

- Ministerio de Desarrollo Social y Familia:
 - Subsecretaría de Servicios Sociales.
 - Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.
- Ministerio de Interior y Seguridad Pública:
 - Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
 - Subsecretaría de Prevención del Delito.
- Ministerio de Educación:
 - Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
- Ministerio de la Mujer y Equidad de Género:
 - Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género.
- Ministerio de Salud
 - Subsecretaría de Salud Pública.
 - Subsecretaría de Redes Asistenciales.
 - Fondo Nacional de Salud.
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social

● Superintendencia de Seguridad Social.

El Panel también consideró necesaria una entrevista grupal al Consejo Asesor de Salud Mental del Minsal. Esta es una instancia de participación social en salud creada mediante el Decreto Exento N°43 de Minsal en 2022. Está conformada por doce representantes de usuarios de servicios de salud mental como expertos por experiencia vivida, órganos de participación social en salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y sociedades científicas. La participación social es una de las líneas de acción del *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. La creación de este Consejo fue uno de los objetivos estratégicos del programa *Saludablemente 2020-2021* y su constitución se concretó en el marco del programa *Construyendo Salud Mental 2022-2026* como parte de los objetivos para fortalecer el liderazgo, la gobernanza y las alianzas multisectoriales, e integrar la salud mental en todas las políticas. Está conformada por doce representantes de usuarios de servicios de salud mental como expertos por experiencia vivida, órganos de participación social en salud, organizaciones de la sociedad civil, instituciones académicas y sociedades científicas.

Se optó por utilizar la técnica de entrevista grupal (Iñiguez & Vitores, 2008) pues permite acceder a diálogos que se despliegan durante la interacción social, los cuales permiten la emergencia de creencias y experiencias que no siempre están presentes al preguntar de forma individual. Se realizaron preguntas abiertas orientadas por un guion temático a las cuales se respondió de manera grupal. El guion a los Servicios cuenta con los siguientes ejes:

1. Evaluación global de los objetivos y estrategias que contiene su oferta disponible de programas con componentes que abordan la salud mental.
2. Coherencia en las definiciones y comprensión sobre la salud y la enfermedad mentales de dichos programas.
3. Interpretación de algunos resultados de dichos programas.
4. Impacto del contexto de la pandemia Covid19 en el desempeño de los programas.
5. Grado en que la oferta de programas del sector ha tributado en forma coherente al Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (o a planes nacionales de salud mental previos).
6. El grado de complementariedad y articulación de la oferta programática en salud mental y el resto de la oferta al interior de cada Servicio.
7. Los avances y brechas para la articulación intersectorial de la oferta de programas de salud mental, así como su complementariedad o eventuales duplicidades, en particular con el sector Salud.
8. Las brechas de la oferta programática en miras al fortalecimiento de la implementación de la política de salud mental representada por el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, incluyendo su gobernanza.

El guion al Consejo Asesor cuenta con los siguientes ejes, para conocer su opinión sobre:

1. Los avances en la implementación del plan nacional de salud mental.
2. La disponibilidad y el acceso a programas y servicios de salud mental.
3. La disponibilidad en otros sectores, distintos de salud, que ofrecen programas de apoyo a la salud mental.
4. La gobernanza de las políticas de salud mental.
5. La participación social en el caso de las políticas de salud mental.
6. El rol que ha alcanzado este Consejo y sus recomendaciones para mejorar la implementación y evaluación del plan nacional de salud mental.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas ad verbatim. El análisis de datos se basó en un trabajo inductivo siguiendo los lineamientos del análisis temático (Braun & Clarke, 2021), desde una

familiarización y codificación abierta de los datos, el panel identificó temas comunes y/o significativos en el material, los que se organizaron en las siguientes categorías:

- A. La intersectorialidad como estrategia de la oferta programática.
- B. Lo comunitario como estrategia de atención.
- C. La especialización de la atención dentro de la oferta programática.
- D. Complementariedades identificadas en la oferta programática.
- E. Brechas percibidas en la oferta programática.
- F. Participación social en la política de salud mental

Las entrevistas se realizaron cumpliendo todas las consideraciones éticas establecidas para este tipo de exploraciones, incluyendo la transparencia de los objetivos, confidencialidad, voluntariedad, y reducción de riesgos/potenciales beneficios. Para informar y proteger a los participantes, se aplicó un procedimiento de consentimiento informado, que implicó recibir una explicación oral y escrita de los objetivos y características de la evaluación, para luego firmar una carta de consentimiento informado. El consentimiento ha sido elaborado en base a las indicaciones del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Toda la información recogida es confidencial y se almacena de forma segura. Se usan códigos para resguardar la identidad de los participantes.

En los apartados 5.2 a 5.6, siempre que el Panel contó con información adicional de datos provenientes del Ministerio de Salud, o del Ministerio del Trabajo (a través de la SUSESO) o de estudios recientes publicados, se agrega algún análisis acerca de los bienes y servicios que otorga el sector salud en salud mental, de las licencias médicas a causa de enfermedades mentales y de la estrategia de prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo, aun cuando esas estrategias no forman parte de la oferta de programas sociales en el sistema de monitoreo.

4.5 Criterios para el análisis de la perspectiva estratégica de la política de salud mental.

Posteriormente, el Panel realizó un análisis y evaluación de la perspectiva estratégica de política de salud mental a la luz de la oferta programática que la implementa (apartado 6). Para organizar esta parte de la evaluación el Panel optó por guiar el informe en base al modelo de pensamiento de sistemas en la investigación sobre fortalecimientos de sistemas de salud (De Savigny y Taghreed, 2009), promovido por la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud de la OMS¹¹⁷. En este modelo se propone que, para abordar comprensivamente el estudio sobre los sistemas de salud, en cuanto sistema social complejo, es necesario referirse a los siguientes siete componentes:

1. Las personas a las que se destina la atención.
2. Los bienes y servicios que se proveen.
3. La disponibilidad y uso de medicamentos y tecnología.
4. El financiamiento.
5. El recurso humano disponible.
6. Los sistemas de información que dispone.
7. La gobernanza del sistema.

Finalmente, el Panel, discutió las conclusiones principales sobre la evaluación de la política de salud mental y generó recomendaciones sobre el desarrollo de la oferta programática pública que tributa a la política y sobre el proceso mismo de evaluación sectorial de una política, lo que cierra este informe (apartado 7).

¹¹⁷ Más información sobre la Alianza puede ser consultada en <https://ahpsr.who.int/>

Anexo 3. Base de datos de la clasificación de la Oferta Programática según centralidad, tipo de atención, entorno de la actividad, ciclo de vida y tipo de problema de salud.

ID_BIP S	NOMBRE	MINISTERIO	SERVICIO	PRIORIZACIÓN_PANEL	ORGANIZACIÓN_SISTEMA_1	ORGANIZACIÓN_SISTEMA_2	SETTING_SANITARIO	SETTING_NO_SANITARIO_1	SETTING_NO_SANITARIO_2	NIVEL_DE_ATENCIÓN	CICLO_VIDA_1	CICLO_VIDA_2	TIPO_PROBLEMA_SM
548	Habilidades para la Vida III	Ministerio de Educación	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	Relevante	Ambulatorio			Educación		Prevención primaria indicada	NNA		Riesgo psicosocial
554	Escuelas Saludables para el Aprendizaje	Ministerio de Educación	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	Complementario	Ambulatorio			Educación		Prevención primaria universal	NNA		Riesgo psicosocial
571	Habilidades para la Vida	Ministerio de Educación	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	Relevante	Ambulatorio			Educación		Prevención primaria indicada	NNA		Riesgo psicosocial
575	Habilidades para la Vida II	Ministerio de Educación	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	Relevante	Ambulatorio			Educación		Prevención primaria indicada	NNA		Riesgo psicosocial
617	Familias de Acogida (FAE OCA)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Domicilio		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
622	Oficinas de Protección de Derechos de la Infancia y Adolescencia (OPD)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Ambulatorio			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial

623	Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Relevante	Inclusión y calidad de vida			Modalidad Residencial		Prevención secundaria	NNA		Riesgo psicosocial
1175	Apoyo a la Implementación de Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de la Discapacidad	Complementario	Inclusión y calidad de vida		1	Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial
1314	Apoyo a Personas en Situación de Calle - SSyOO	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Organismos acreditados sin fines de lucro	Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad	Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial
1330	Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de la Niñez	Relevante	Ambulatorio		1			Prevención secundaria	NNA		Riesgo psicosocial
1777	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Modalidad residencial		Prevención primaria selectiva	Persona mayor		Riesgo psicosocial
1778	Condominio de Viviendas Tuteladas para Adultos Mayores	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Domicilio		Prevención primaria selectiva	Persona mayor		Riesgo psicosocial
3497	Orquestas Comunales del Catastro FOJI	Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio	Subsecretaría de las Culturas y las Artes	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Organismos acreditados sin fines de lucro		Prevención primaria universal	NNA		Ninguno

3505	Orquestas Propias de FOJI	Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio	Subsecretaría de las Culturas y las Artes	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Organismos acreditados sin fines de lucro		Prevención primaria universal	NNA		Ninguno
5019	Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Relevante	Ambulatorio			Cárcel		Tratamiento	Adultos		Drogas y Alcohol
5021	Programa Tratamiento para Jóvenes y Adolescentes Ingresados al Sistema Penal por Ley N° 20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros Trastornos de Salud Mental	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Relevante	Ambulatorio		1			Tratamiento	NNA	Adultos	Drogas y Alcohol
5022	Fono Drogas y Alcohol	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Relevante	Ambulatorio	Urgencia y Hospitalización / Internación		Tecnología comunicaciones		Prevención primaria indicada	Todos		Drogas y Alcohol
5092	Justicia Juvenil - Centros de	Ministerio de Justicia y	Servicio Nacional	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Centros justicia juvenil		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial

	Sanciones Semicerrado (CSC)	Derechos Humanos	de Menores										
5094	Justicia Juvenil - Centros de Internación Provisoria (CIP)	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Servicio Nacional de Menores	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Centros justicia juvenil		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
5096	Justicia Juvenil - Apoyo Socioeducativo para Jóvenes Infractores de Ley (ASE)	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Servicio Nacional de Menores	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Centros justicia juvenil		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
5100	Centro de Cuidados para Niños/as por Trabajos de Temporada (Ex Centro para Hijos para Niños/as de Cuidadores Principales Temporeros)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria universal	NNA		Ninguno
5112	Programa Servicios Sociales	Ministerio de Trabajo y Previsión Social	Subsecretaría del Trabajo	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Trabajo		Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial
5150	Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Relevante	Ambulatorio	Urgencia y Hospitalización / Internación	1	Modalidad Residencial		Tratamiento	Adultos		Drogas y Alcohol

56208	Fondo Subsidio ELEM	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Modalidad Residencial		Prevención primaria selectiva	Persona mayor		Riesgo psicosocial
56401	Programa 24 Horas	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Ambulatorio			Carabineros		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
58237	Buen Trato al Adulto Mayor	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	Complementario	Ambulatorio			Tecnología comunicaciones		Prevención primaria selectiva	Persona mayor		Violencia Intrafamiliar
59205	Espacios Amigables	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Complementario	Ambulatorio		1			Prevención primaria universal	NNA		Ninguno
59207	Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Ambulatorio			Domicilio		Tratamiento	Adultos	Persona mayor	Discapacidad psicosocial severa
59208	Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Ambulatorio		1			Prevención primaria indicada	Todos		Drogas y Alcohol
59210	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de la Niñez	Relevante	Ambulatorio		1			Prevención primaria indicada	Adultos		Riesgo psicosocial
59213	Apoyo a la Atención en Salud Mental	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	Relevante	Ambulatorio		1			Tratamiento	NNA	Adultos	Trastornos mentales

59244	Programa Residencias y Hogares Protegidos	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Inclusión y calidad de vida			Modalidad Residencial		Rehabilitación	Adultos		Discapacidad psicosocial severa
59396	Prevención en Espacios Laborales (Trabajar con Calidad de Vida)	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Trabajo		Prevención primaria selectiva	Adultos		Drogas y Alcohol
59397	Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Relevante	Ambulatorio	Urgencia y Hospitalización / Internación	1	Modalidad Residencial		Rehabilitación	NNA		Drogas y Alcohol
59398	Programa Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Relevante	Ambulatorio		1			Rehabilitación	Adultos		Drogas y Alcohol
59404	Lazos	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Subsecretaría de Prevención del Delito	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
59405	Programa de Apoyo a Víctimas	Ministerio de Interior y	Subsecretaría de Prevención	Relevante	Ambulatorio			Tecnología comunicaciones	Ministerio Público	Prevención primaria indicada	Adultos		Riesgo psicosocial

		Seguridad Pública	n del Delito						(SIC y SSR)				
594 34	Envejecimiento Activo	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria universal	Persona mayor		Ninguno
594 61	Programa Nacional de Prevención del Suicidio	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Salud Pública	Relevante	Ambulatorio			Comunidad		Prevención primaria indicada	Todos		Suicidio
594 71	Elige Vida Sana	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Complementario	Ambulatorio		1	Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad	Comunidad	Prevención primaria universal	Todos		Ninguno
594 73	Camas Socio Sanitarias	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Complementario	Inclusión y calidad de vida		1			Prevención primaria selectiva	Persona mayor		Riesgo psicosocial
594 74	Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Ambulatorio		1			Tratamiento	Persona mayor		Demencia
594 78	Atención, Protección y Reparación en Violencia contra las Mujeres	Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género	Relevante	Ambulatorio	Urgencia y Hospitalización / Internación		Centros de la Mujer (Municipios)		Prevención secundaria	Adultos		Violencia Intrafamiliar
594 94	Justicia Juvenil - Intermediación Laboral para Jóvenes Sancionados (PIL)	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Servicio Nacional de Menores	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Centros justicia juvenil		Prevención primaria selectiva	NNA	Adultos	Riesgo psicosocial

599 35	Corporación de Ayuda al Niño Limitado (COANIL)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de la Discapacidad	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Organismos acreditados sin fines de lucro		Prevención primaria selectiva	NNA	Adultos	Discapacidad psicosocial severa
599 72	Subsidio de Discapacidad (Ex Subsidio de Discapacidad Mental)	Ministerio de Trabajo y Previsión Social	Instituto de Previsión Social	Relevante	Inclusión y calidad de vida			Transferencia monetaria		Rehabilitación	Adultos		Discapacidad psicosocial severa
600 13	SENDA Previene	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria universal	Todos		Drogas y Alcohol
600 47	Plan Comunicacional - Elige Vivir Sano	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Salud Pública	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Tecnologías de comunicaciones		Prevención primaria universal	Todos		Ninguno
601 53	Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo a la Educación Superior (PACE)	Ministerio de Educación	Subsecretaría de Educación Superior	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Educación		Prevención primaria universal	Adultos		Riesgo psicosocial
601 89	Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos - SSyOO	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria selectiva	Persona mayor		Riesgo psicosocial
601 94	Abriendo Caminos	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de la Niñez	Relevante	Ambulatorio			Organismos acreditados sin fines de lucro	Universidades	Prevención primaria indicada	Adultos	NNA	Riesgo psicosocial

60237	prePARA2	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Educación		Prevención primaria universal	NNA		Drogas y Alcohol
60312	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de la Niñez	Relevante	Ambulatorio		1			Tratamiento	NNA		Trastornos mentales
60339	Somos Barrio (Ex Barrios Prioritarios)	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Subsecretaría de Prevención del Delito	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria universal	Todos		Riesgo psicosocial
60455	Salud Responde	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Salud Pública	Relevante	Ambulatorio			Tecnología comunicaciones		Prevención secundaria	Todos		Trastornos mentales
61194	Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS)	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Ambulatorio	Urgencia y Hospitalización / Internación	1			Rehabilitación	Todos		Trastornos mentales
63286	CERT (Equipos Comunitarios para Respuesta en Emergencias)	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad	Comunidad	Prevención primaria universal	Todos		Ninguno
63382	Centros Temporales para la Superación	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Organismos acreditados sin fines de lucro	Instalaciones de instituciones públicas en la	Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial

									comunidad				
633 83	Red Local de Apoyos y Cuidados - RLAC	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Domicilio		Prevención primaria selectiva	Adultos	Persona mayor	Riesgo psicosocial
634 50	Plan Nacional de Demencia	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Ambulatorio		1			Tratamiento	Persona mayor		Demencia
650 23	Justicia Juvenil - Servicios en Beneficio de Comunidad y Reparación Daño (SBC)	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Servicio Nacional de Menores	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Centros justicia juvenil		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
650 26	Justicia Juvenil - Centro de Sanciones Régimen Cerrado (CRC)	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Servicio Nacional de Menores	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Centros justicia juvenil		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
650 28	Programa de Intervención con Niños y Niñas institucionalizados y su preparación para la integración a familia alternativa (PRI)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Relevante	Ambulatorio			Organismos acreditados sin fines de lucro		Tratamiento	NNA		Riesgo psicosocial
650 32	Residencias de Protección para Madres	Ministerio de Desarrollo	Servicio Nacional de Protección	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Modalidad residencial		Prevención primaria selectiva	NNA		Violencia Intrafamiliar

	Adolescentes (RMA)	Social y Familia	Especializada a la Niñez y Adolescencia										
65033	Residencia de Protección para Primera Infancia (RPL)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Modalidad residencial		Prevención primaria selectiva	NNA		Violencia Intrafamiliar
65034	Residencias de Protección para Niños, Niñas en Situación de Discapacidad (RDD)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Relevante	Inclusión y calidad de vida			Organismos acreditados sin fines de lucro		Rehabilitación	NNA	Adultos	Discapacidad psicosocial severa
65035	Residencias de Protección para Mayores (RPM)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Modalidad residencial		Prevención primaria selectiva	NNA		Violencia Intrafamiliar
65036	Programa Especializado en Intervención con Adolescentes con Conductas Abusivas de Carácter Sexual (PAS)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Relevante	Ambulatorio			Organismos acreditados sin fines de lucro		Tratamiento	NNA		Trastornos mentales

650 37	Programas Especializados con Niños Niñas y Adolescentes en Situación de Calle (PEC)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Organismos acreditados sin fines de lucro		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
650 38	Programas de Protección Especializada a Víctimas de Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente (PEE)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Relevante	Ambulatorio			Organismos acreditados sin fines de lucro		Tratamiento	NNA		Riesgo psicosocial
650 39	Programa de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Relevante	Ambulatorio			Organismos acreditados sin fines de lucro		Tratamiento	NNA	Adultos	Riesgo psicosocial
650 40	Programa de Protección Ambulatoria para Niños Niñas y Adolescentes Vulnerados en sus Derechos con Discapacidad Grave (PAD)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Relevante	Ambulatorio			Organismos acreditados sin fines de lucro		Prevención secundaria	NNA	Adultos	Discapacidad psicosocial severa

650 41	Programa de Prevención Focalizada para Niños, Niñas y Adolescentes Vulnerados en sus Derechos (PPF)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Organismos acreditados sin fines de lucro	Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad	Prevención primaria selectiva	NNA		Violencia Intrafamiliar
650 42	Programa de Intervención Integral Especializada (PIE)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Organismos acreditados sin fines de lucro	Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad	Prevención primaria selectiva	NNA		Violencia Intrafamiliar
687 26	Intervención Especializada en Adopción (ex Programa del Niño Susceptible de ser Adoptado)	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria selectiva	NNA		Violencia Intrafamiliar
695 43	Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Ambulatorio		1			Prevención secundaria	NNA		Riesgo psicosocial

70025	Cero - Prevención del consumo de alcohol y otras drogas en conductores	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Comunidad		Prevención primaria universal	Adultos		Drogas y Alcohol
70148	Modelos residenciales para adultos en situación de discapacidad	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de la Discapacidad	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Modalidad residencial		Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial
70241	Parentalidad para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Educación	Trabajo	Prevención primaria selectiva	Adultos		Drogas y Alcohol
71423	Oficina Local de la Niñez	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de la Niñez	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
73103	Hospital Digital	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Ambulatorio			Tecnologías de comunicaciones		Prevención secundaria	Todos		Trastornos mentales
74166	Fonoinfancia	Ministerio de Educación	Subsecretaría de Educación Parvularia	Complementario	Ambulatorio			Tecnologías de comunicaciones		Prevención primaria universal	Adultos		Riesgo psicosocial
74906	Hablemos de Todo	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Instituto Nacional de la Juventud	Complementario	Ambulatorio			Tecnologías de comunicaciones	Educación	Prevención primaria universal	NNA		Riesgo psicosocial

749 46	Residencias Familiares de Adolescencia Temprana de Administración Directa	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Modalidad residencial		Prevención primaria selectiva	NNA		Violencia Intrafamiliar
750 34	Programa Piloto de Obesidad	Ministerio de Educación	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas	Complementario	Ambulatorio			Educación		Prevención primaria universal	NNA		Ninguno
751 04	Convivencia Escolar	Ministerio de Educación	Subsecretaría de Educación	Complementario	Ambulatorio			Educación		Prevención primaria universal	NNA		Riesgo psicosocial
755 63	Elige Vivir sin Drogas	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Complementario	Ambulatorio			Educación		Prevención primaria universal	NNA		Drogas y Alcohol
815 83	Justicia Juvenil - Libertad Asistida Especial (PLE)	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Servicio Nacional de Menores	Complementario	Ambulatorio			Centros justicia juvenil		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
858 83	Programa de Apoyo a Víctimas de Violencia Rural	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Subsecretaría del Interior	Relevante	Ambulatorio			Centros de Apoyo a Víctimas		Prevención primaria indicada	Todos		Riesgo psicosocial
865 83	Residencias Familiares AADD	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Modalidad residencial		Prevención primaria selectiva	NNA		Violencia Intrafamiliar

865 84	Residencias Familiares	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Modalidad residencial		Prevención primaria selectiva	NNA		Violencia Intrafamiliar
872 42	Intervención para Jóvenes que Cumplen Condena en Secciones Juveniles	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Gendarmería de Chile	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Cárcel		Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial
872 43	Centros de Educación y Trabajo Semiabiertos	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Gendarmería de Chile	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Instalaciones de instituciones públicas en la comunidad		Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial
872 44	Apoyo para la Integración Social (Ex Programa de Apoyo a la Integración Social)	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Gendarmería de Chile	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Cárcel		Prevención primaria selectiva	Adultos		Ninguno
872 47	Reinserción Social para las Personas Privadas de Libertad	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Gendarmería de Chile	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Cárcel		Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial
872 49	Creciendo Juntos	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Gendarmería de Chile	Complementario	Ambulatorio			Cárcel		Prevención primaria universal	Adultos	NNA	Riesgo psicosocial
872 50	Reinserción Social en Convenio con	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Gendarmería de Chile	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Cárcel		Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial

	Ministerio del Interior												
112983	Vivienda Primero	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Domicilio		Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial
117369	Intervención para Libertad Condicional	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos	Gendarmería de Chile	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Cárcel		Prevención primaria selectiva	Adultos		Riesgo psicosocial
121746	Tratamiento y Rehabilitación para Personas en Situación de Calle con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	Ministerio de Interior y Seguridad Pública	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol	Relevante	Ambulatorio			Organismos acreditados sin fines de lucro		Tratamiento	Adultos		Drogas y Alcohol
121967	Red Calle Niños/as	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de Servicios Sociales	Complementario	Inclusión y calidad de vida			Comunidad		Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
122446	Programa de Salud Trans	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Complementario	Ambulatorio		1			Prevención primaria selectiva	NNA		Riesgo psicosocial
122570	Programa Salud mental en la atención primaria de Salud	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Ambulatorio		1			Tratamiento	Todos		Trastornos mentales
133593	Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Relevante	Ambulatorio		1			Prevención secundaria	Todos		Riesgo psicosocial

Anexo 4. Descripción de la OPR según edad, problema de la población y nivel de atención

	Programa	Población Objetivo	Edad	Problema	Nivel de Atención
1.	Habilidades para la Vida	Estudiantes de la educación escolar de párvulos (nivel de transición 1 y 2) y estudiantes de 1° a 4° de enseñanza básica matriculados en establecimientos educacionales con financiamiento del Estado, que pertenecen al 70% de las escuelas más vulnerables de acuerdo con el Índice de Vulnerabilidad Multidimensional (IVM) promedio del establecimiento	NNA (4 a 9 años aprox.)	Riesgo psicosocial <i>Barreras de acceso/continuidad a la educación escolar</i>	Prevención primaria indicada
2.	Habilidades para la Vida II	Estudiantes desde 5° Básico a 8° Básico matriculados en establecimientos educacionales subvencionados por el Estado, que pertenecen a la población potencial, que pertenecen al 70% de las escuelas más vulnerables de acuerdo con el Índice de Vulnerabilidad Multidimensional (IVM) promedio del establecimiento.	NNA (10 a 14 años aprox.)	Riesgo psicosocial <i>Barreras de acceso/continuidad a la educación escolar</i>	Prevención primaria indicada
3.	Habilidades para la Vida III	Estudiantes de 7° Básico a 4° Medio de establecimientos educacionales subvencionados por el Estado	NNA (12 a 25 años aprox.)	Riesgo psicosocial <i>Barreras de acceso/continuidad a la educación escolar</i>	Prevención primaria indicada

	Programa	Población Objetivo	Edad	Problema	Nivel de Atención
4.	Programa de Intervención con Niños y Niñas institucionalizados y su preparación para la integración a familia alternativa (PRI)	NNA adoptables o adoptados derivados desde Tribunales de Familia u OLN, por estar en riesgo de ruptura o presentar ruptura familiar adoptiva.	NNA (0 a 18 años aprox.)	Riesgo psicosocial	Tratamiento
5.	Programas de Protección Especializada a Víctimas de Explotación Sexual Comercial Infantil y Adolescente (PEE)	NNA víctimas de explotación sexual derivados por Tribunal con competencia en Familia a programa de intervención especializado.	NNA (0 a 18 años aprox.)	Riesgo psicosocial <i>Vulneración de derechos NNA</i>	Tratamiento

6.	Programa de Protección Especializada en Maltrato Grave y Abuso Sexual (PRM)	NNA víctimas de maltrato grave de tipo físico, psicológico y/o agresión sexual en cualquiera de sus formas, que afectan su desarrollo biopsicosocial, que son derivados por Tribunal con competencia en Familia a programa especializado de reparación.	NNA (0 a 18 años aprox.)	Riesgo psicosocial <i>Vulneración de derechos NNA</i>	Tratamiento
7.	Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD)	NNA separados de su medio familiar por orden de un tribunal, como medida de protección por graves vulneraciones de derechos, que presentan daño crónico, resistencia a la intervención, baja adherencia o sobre intervención de la red de colaboradores del Servicio de Protección Especializada, y derivados a cuidado alternativo residencial por un Tribunal con competencia en Familia.	NNA (0 a 18 años aprox.)	Riesgo psicosocial <i>Vulneración de derechos NNA</i>	Prevención secundaria

	Programa	Población Objetivo	Edad	Problema	Nivel de Atención
8.	Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil	Niños/as de 0 a 9 años con rezago o riesgo en el desarrollo psicomotor, o riesgo biopsicosocial, inscritos en atención primaria de salud y validos por FONASA.	NNA (0 a 9 años)	Riesgo psicosocial <i>Retraso en el desarrollo biopsicosocial de niños y niñas</i>	Prevención secundaria
9.	Atención en salud integral para niños/as, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a LRPA	NNAJ beneficiarios de SENAME y el Servicio de Protección Especializada con previsión FONASA e inscritos en APS pública donde esté el programa	NNA (0 a 24 años, según discapacidad acreditada o encontrarse cursando estudios)	Riesgo psicosocial	Prevención secundaria
10.	Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil	La población objetivo del programa son niños y niñas entre 0 y 9 años, con riesgo de trastorno o trastornos de salud mental, inscritos en FONASA en sus respectivos establecimientos de salud de Atención Primaria	NNA (0 a 9 años)	Trastornos mentales	Tratamiento

11.	Programa Especializado en Intervención con Adolescentes con Conductas Abusivas de Carácter Sexual (PAS)	NNA mayores de 10 años y menores de 18 años que presentan conductas abusivas de carácter sexual, que son derivados por Tribunal con competencia en Familia programa especializado de intervención.	NNA (10 a 18 años)	Trastornos mentales	Tratamiento
12.	Apoyo a la Atención en Salud Mental	Personas en situación de calle (adultos), NNA con un adulto significativo privado de libertad y/o sus cuidadoras/es, y cuidadoras/es de personas en situación de dependencia, quienes presentan trastornos o problemas de salud mental en FONASA	NNA y adultos	Trastornos mentales	Tratamiento

	Programa	Población Objetivo	Edad	Problema	Nivel de Atención
13.	Programa Tratamiento para Jóvenes y Adolescentes Ingresados al Sistema Penal por Ley N° 20.084 con Consumo Problemático de Alcohol, Drogas y otros Trastornos de Salud Mental	Adolescentes y jóvenes desde los 14 años en adelante, que han infringido la ley penal y son sujetos a la aplicación de la Ley N° 20.084, que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas.	NNA y adultos (de 14 en adelante)	Drogas y Alcohol	Tratamiento
14.	Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	NNAJ menores de 20 años, con consumo problemático de drogas, que por la severidad de su perfil de consumo no son beneficiarias de GES (tratamiento de drogas en personas menores de 20 años, MINSAL) ni del programa de tratamiento para adolescentes infractores de ley.	NNA (menores de 20 años)	Drogas y Alcohol	Rehabilitación
15.	Residencias de Protección para Niños, Niñas en Situación de Discapacidad (RDD)	NNA mayores de 6 y menores de 18 años, con algún tipo de discapacidad mental discreta o moderada, grave o profunda y/o discapacidad sensorial o física, derivados por el Tribunal a programa de	NNA (6 a 18 meses)	Discapacidad psicosocial severa	Rehabilitación

		cuidado alternativo residencial.			
16.	Programa de Protección Ambulatoria para Niños Niñas y Adolescentes Vulnerados en sus Derechos con Discapacidad Grave (PAD)	NNAJ hasta 24 años en situación de discapacidad grave (física, auditiva, visual, intelectual y psiquiátrica), víctimas de graves vulneraciones de derecho (maltrato físico grave, maltrato psicológico grave, negligencia grave, delitos contra la indemnidad sexual), y que son derivados por Tribunal a programa de protección.	NNA (0 a 24 años)	Discapacidad psicosocial severa	Prevención secundaria

	Programa	Población Objetivo	Edad	Problema	Nivel de Atención
17.	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	Niños/as desde la gestación hasta los 4 años de edad, beneficiarios de FONASA e inscritos en APS pública	Adultos	Riesgo psicosocial <i>Retraso en el desarrollo biopsicosocial de niños/as</i>	Prevención primaria indicada
18.	Programa de Apoyo a Víctimas	El Programa Apoyo a Víctimas (PAV) se focaliza en las víctimas de un grupo de delitos violentos	Adultos	Riesgo psicosocial <i>Problemas de seguridad y orden público</i>	Prevención primaria indicada
19.	Abriendo Caminos	NNA menores de 18 años con un adulto significativo privado de libertad por un periodo de tiempo determinado por resolución judicial	Adultos	Riesgo psicosocial <i>Retraso en el desarrollo biopsicosocial de niños/as</i>	Prevención primaria indicada
20.	Atención, Protección y Reparación en Violencia contra las Mujeres	Mujeres de 18 años y más que han sido víctimas de: violencia de género por parte de su pareja y/o expareja; violencia sexual por conocidos o desconocidos y mujeres migrantes vulneradas por trata de personas y en situación de explotación; Familiares de mujeres víctimas de femicidio consumado	Adultos	Exclusión social de poblaciones vulnerables y Discriminación y violencia contra la mujer	Prevención secundaria
21.	Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol	Personas mayores de 18 años, condenadas a penas privativas de libertad en sistema cerrado administrado directamente por Gendarmería de Chile, que presentan consumo problemático de alcohol y/u	Adultos	Drogas y Alcohol	Tratamiento

		otras drogas y que se encuentran a un año del tiempo mínimo para postular a beneficios intrapenitenciarios. Se utiliza un criterio de focalización territorial.			
--	--	---	--	--	--

	Programa	Población Objetivo	Edad	Problema	Nivel de Atención
22.	Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada (LV)	Personas mayores de 18 años, condenadas a LV o LVI que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, residentes en las regiones de Arica Parinacota, Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Biobío, Araucanía y Metropolitana.	Adultos	Drogas y Alcohol	Tratamiento
23.	Programa Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	Personas mayores de 18 años que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas y que identifican la necesidad de tratarse	Adultos	Drogas y Alcohol	Rehabilitación
24.	Tratamiento y Rehabilitación para Personas en Situación de Calle (PSC) con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	PSC mayores de 18 años que presentan consumo problemático de alcohol y/u otras drogas, y que son beneficiarios de los programas "Calle, Noche Digna y "Apoyo a la Atención en Salud Mental"	Adultos	Drogas y Alcohol	Tratamiento
25.	Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	Personas adscritas a APS pública clasificadas como dependiente severo según el Índice de Barthel o certificado médico	Adultos	Discapacidad psicosocial severa	Tratamiento
26.	Programa Residencias y Hogares Protegidos	Personas mayores de 18 años, beneficiarios de Fonasa, que presentan alguna enfermedad mental y/o discapacidad psíquica, en situación de dependencia leve moderada o severa.	Adultos	Discapacidad psicosocial severa	Rehabilitación

	Programa	Población Objetivo	Edad	Problema	Nivel de Atención
27.	Subsidio de Discapacidad (Ex Subsidio de Discapacidad Mental)	Personas con discapacidad mental, física o sensorial severa o profunda según COMPIN o estar en Registro Nacional de Discapacidad del SRCel y menores de 18 años con discapacidad sin Sistema Previsional, que pertenecen al 60% más vulnerable de la población (RSH)	Adultos	Discapacidad psicosocial severa	Rehabilitación
28.	Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	Personas con demencia, beneficiarias de FONASA, usuarios de la Red Pública de Salud, y su cuidador	Persona mayor	Demencia	Tratamiento
29.	Plan Nacional de Demencia	Personas con demencia y sus cuidadores/as, adscrito a la Red Pública de Salud y aquellos que se atienden en las 3 Unidades de Memoria, beneficiarios de FONASA.	Persona mayor	Demencia	Tratamiento
30.	Programa de Apoyo a Víctimas de Violencia Rural	Personas naturales y/o jurídicas que son víctimas de violencia rural, catastradas que no pueden cubrir o costear ciertas necesidades con recursos disponibles	Todos	Riesgo psicosocial <i>Consecuencias negativas en ámbitos económicos y psicosociales</i>	Prevención primaria indicada
31.	Programa de Acompañamiento Psicosocial en APS	NNAJ hasta 24 años, validadas por FONASA, atendidas en APS o en establecimientos dependientes de servicios de salud y a ONG, que cuenten con más de 5000 personas inscritas en el rango etario de 0 a 24 años y que presentan alguna de las condiciones de alto riesgo psicosocial y baja adherencia a los tratamientos de salud mental en APS	Todos	Riesgo psicosocial	Prevención secundaria

	Programa	Población Objetivo	Edad	Problema	Nivel de Atención
32.	Salud Responde	Toda la población residente en el país, nacional y extranjera, que requiere acceso oportuno a la resolución de problemas primarios de salud y que contacte al programa.	Todos	Trastornos mentales	Prevención secundaria
33.	Programa de Reparación y	Personas o integrantes de familia nuclear de personas afectadas por	Todos	Trastornos mentales	Rehabilitación

	Atención Integral de Salud (PRAIS)	alguna de las siguientes experiencias represivas ejercidas por el Estado entre 1973-1990: detención con desaparición, ejecución política, tortura, prisión política, exilio/refugio político, relegación, clandestinidad con persecución política y exoneración.			
34.	Hospital Digital	Personas que tienen un problema de salud y están afiliadas a FONASA	Todos	Trastornos mentales	Prevención secundaria
35.	Programa Salud mental en la atención primaria de Salud	Personas que presentan trastornos mentales con sistema previsional FONASA	Todos	Trastornos mentales	Tratamiento
36.	Fono Drogas y Alcohol	Personas mayores de 14 años, con acceso a telefonía móvil, que requieren información y/u orientación con relación al consumo de drogas y alcohol.	Todos	Drogas y Alcohol	Prevención primaria indicada
37.	Programa DIR APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas	Personas mayores de 10 años, inscritos y validados en los registros de FONASA, que acceden a la APS a realizarse exámenes de medicina preventiva, con consumo de riesgo o alto riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas	Todos	Drogas y Alcohol	Prevención primaria indicada
38.	Programa Nacional de Prevención del Suicidio	Actores estratégicos de la comunidad para el desarrollo de acciones de prevención del comportamiento suicida, e incluye, para cada una de las regiones del país	Todos	Suicidio	Prevención primaria indicada

Anexo 4 - Propuesta de análisis nominalizada para la oferta programática del Gobierno de Chile

Metodología de análisis propuesta

Utilizando el Registro de Información Social (RIS) con datos de los beneficiarios finales de los programas se propone la siguiente metodología de análisis, a modo de experiencia piloto, con la posibilidad de ser escalado a más programas y periodos en la medida de que se cuente con más información.

Período de análisis: último año con información disponible para los programas de la OPR de salud mental (ej. 2023). Es relevante elegir el año con mayor cantidad de información disponible para enriquecer los hallazgos (ver más abajo). Para este análisis exploratorio se contó con datos para 6 programas correspondientes al año 2023.

Unidades de análisis:

- 1) Personas beneficiarias de los programas de la OPR de SM.
- 2) Hogares beneficiarios de los programas de la OPR de SM.

Fase 1: Generación de base analítica:

- Paso 1: agregar (*append*) en una sola base de datos las poblaciones beneficiarias de cada uno de los programas de la OPR con información disponible.
- Paso 2: generar *n* variables *dummy*, siendo *n* el número de programas de la OPR con información disponible, indicando si la persona *i* ha sido (1) o no (0) beneficiaria del programa *j*.
- Paso 3: colapsar la base deduplicando por RUT.
- Paso 4: *merge* variables de caracterización sociodemográfica de nivel individual disponibles (todas las disponibles) tales como sexo, edad, comuna, región, previsión de salud, etc.
- Paso 5: *merge* con Registro Social de Hogares (RSH) para aquellos RUT inscritos en un hogar, generando un *id* por hogar para identificar personas del mismo hogar. Agregar variables de caracterización sociodemográfica del hogar disponibles (todas las disponibles).
- Paso 6: encriptar los RUT y *id* de hogar para el análisis.

Fase 2: Análisis exploratorios iniciales que contribuyen a los análisis de cobertura, focalización y complementariedades/duplicidades.

- Población beneficiaria duplicada (*n* individuos y hogares beneficiarios de la OPR), lo que permite estimar una cobertura global de la OPR de Salud Mental. El análisis puede utilizar como denominadores población por grupos de edad específico (por ej. población menor de 18 años INE para todos los programas orientados a población infanto-juvenil) y estimaciones poblacionales de trastornos de salud mental en la comunidad.
- Descripción sociodemográfica de nivel individual de beneficiarios por variable (ej edad promedio, % sexo, etc.), incluyendo número de programas por beneficiario (promedio y proporción de la población beneficiaria que participa de 1, 2, 3 o 4+ programas) a nivel agregado de la OPR.
- Descripción sociodemográfica de nivel individual de beneficiarios por variable (ej. edad promedio, % sexo, etc.), por programa parte de la OPR.
- Descripción sociodemográfica de nivel hogar con beneficiarios, incluyendo número de programas con beneficiarios por hogar (promedio y proporción de hogares con población beneficiaria que participa de 1, 2, 3 o 4 programas) a nivel agregado de la OPR.

- Identificación de programas con mayor número de beneficiarios coincidentes y las características sociodemográficas de dichos beneficiarios.

Resultados

El panel tuvo acceso a una base de datos nominalizada con identificación encriptada, incorporando datos de 1.162.472 beneficiarios de la OPR de SM del año 2023 de 6 programas: Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), Subsidio de Discapacidad y Habilidades para la Vida (I, II y III). Estos representan un 15,7% de los programas de la OPR para el año 2023. De los programas disponibles en la información nominalizada, 5 programas tienen foco en la población infantojuvenil.

Los programas Habilidades para la Vida (n=412529) y Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (n=365994) presentan la mayor población beneficiaria en la base de datos nominalizada (Tabla A4.1). Cabe destacar que estas cifras muestran en el análisis exploratorio discrepancias con los datos disponibles en el RIS, donde para el año 2024 se reportan 460348 beneficiarios en habilidades para la vida y 683208 en el caso del Programa de Apoyo al Desarrollo Psicosocial. Es posible que estas diferencias se deban a registros duplicados de beneficiarios o a un subregistro en la información nominalizada. El Panel no contó con información suficiente para indagar en estas diferencias y se sugiere que sea algo abordado en futuros análisis.

Tabla A4.1 Beneficiarios por programa

Programa	Beneficiarios	%
Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial	365.994	31,5%
Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI)	12.037	10,4%
Subsidio de Discapacidad	33.602	2,9%
Habilidades para la Vida	412.529	35,5%
Habilidades para la Vida II	240.807	20,7%
Habilidades para la Vida III	133.558	11,5%
Total	1.162.472	100%

Al analizar la duplicidad de programas a partir de datos nominalizados (Tabla A4.2), se observa que el 96,9% de los beneficiarios participan de un único programa y que solo un 3,1% de la población beneficiaria participa de 2 o más programas, siendo un número muy reducido quienes forman parte de 3 o 4 programas (de los 6 analizados). Un análisis posterior pormenorizado para caracterizar a la población que requiere intervenciones de alta intensidad (3+ programas) es a juicio del Panel un camino a seguir en el futuro, particularmente en tanto se pueda contar con una mayor oferta programática con información nominalizada disponible para un análisis integrado.

Tabla A4.2 Programas por beneficiario

Número de programas	Beneficiarios	Proporción
1 programa	1127194	0,969
2 programas	34510	0,029
3 programas	759	0,00065
4 programas	9	0,0007

La población incorporada en el análisis tiene una edad promedio de 10,5 años, concordante con una oferta programática analizada mayoritariamente destinada a NNA. Desde el punto de vista de la vulnerabilidad social, se trata de una población principalmente de CSE1 en que solo un 1,67% es

beneficiaria del subsistema privado de salud (Tabla A4.3) sugiriendo un alto grado de focalización de la OPR.

Tabla A4.3 Caracterización beneficiarios

n	1162472
Edad	10,5 (6,88)
Hombres (%)	49,3%
Mujeres (%)	50,7%
Afiliación Isapre (%)	1,67%
CSE1	908089
CSE2	79100
CSE3	47760
CSE4	37214
CSE5	43445
CSE6	43371
CSE7	3493

Un análisis a nivel de hogares, identifica 882.389 hogares diferentes beneficiados por la OPR de Salud Mental disponible para análisis nominalizado. En cada hogar, con un promedio de 3,3 personas, se identifican 1,32 programas. Esto puede ser por más de una persona beneficiaria en el hogar y/o más de un programa para un beneficiario del hogar. El promedio de NNA en los hogares incorporados en la OPR es de 1,64, coherente nuevamente con una población mayoritariamente de NNA debido a los programas disponibles para análisis. Las tasas promedio de dependencia observadas son bajas y la mayor parte de los hogares su atención de salud se realiza con cobertura del seguro público de salud (FONASA) para todos los integrantes del hogar.

Tabla A4.4 Caracterización hogares con beneficiarios

N hogares	882389
N programas en el hogar	1,32
Promedio personas por hogar	3,3
Promedio NNA por hogar	1,64
Promedio de AM por hogar	0,0819
Promedio de personas con en el RND en el hogar	0,0942
Promedio de personas con dependencia en el hogar	0,167
Porcentaje de hogares con al menos una persona afiliada a Isapre	3%



DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS