



Construyendo **SALUD** **MENTAL**

Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
Subsecretaría de Redes Asistenciales

“Nunca más las personas estarán solas para enfrentar sus necesidades en salud mental. El Estado asumirá su responsabilidad generando políticas que permitan acompañar y dar soporte colectivo a las personas cuando lo requieran. Para ello tendremos como principios la acción sobre los determinantes sociales de la salud y las condiciones de vida que impactan en la salud mental, bajo el modelo comunitario y preventivo de las necesidades en la materia, incorporando la perspectiva de género y de derechos humanos como eje de la acción”.

Gabriel Boric Font

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	7
MARCOS ESTRATÉGICOS VIGENTES.....	9
ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS.....	10
Depresión.....	11
Demencias.....	12
Consumo de alcohol y otras sustancias.....	12
Lesiones autoinfligidas.....	14
Poblaciones particularmente vulnerables en el contexto de la pandemia.....	15
Niños, Niñas y Adolescentes (NNA).....	16
Cuidadores de personas con demencia.....	16
Personas LGBTI+.....	16
Trabajadores y trabajadoras de la salud.....	16
Uso de servicios de salud mental.....	17
Atención ambulatoria.....	17
Prestaciones GES y listas de espera no GES.....	18
Atención de urgencia y hospitalaria.....	20
Funcionamiento de la Red Temática de Salud Mental durante pandemia.....	22
PLAN CONSTRUYENDO SALUD MENTAL.....	24
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: FORTALECER EL LIDERAZGO, LA GOBERNANZA Y LAS ALIANZAS MULTISECTORIALES, E INTEGRAR LA SALUD MENTAL EN TODAS LAS POLÍTICAS.....	24
Ley de Salud Mental Integral.....	25
Consejo Asesor en Salud Mental y participación social.....	27
Avances a la fecha.....	27
LÍNEA ESTRATÉGICA 2: MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A LA SALUD MENTAL Y AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	28
Disponibilidad y accesibilidad de servicios de Salud Mental en APS.....	28
Disponibilidad y accesibilidad a servicios de Especialidad en Salud Mental.....	29
Atención ambulatoria de salud mental.....	29
Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM).....	29

Dispositivos para Personas con Demencia	30
Hospitales de Día	30
Atención remota	30
Atención Cerrada en Salud Mental	31
Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)	31
Unidad Hospitalaria de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva (UHTIRI)	32
Transformación de Hospitales Psiquiátricos	32
Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel	32
Hospital Psiquiátrico El Peral	33
Servicios Residenciales de Alta Intensidad de Apoyos	33
Formación y capacitación de recursos humanos para la atención en Salud Mental	34
Recursos humanos en APS	34
Recursos humanos para Especialidad en salud mental	35
Formación de especialistas médicos	35
Educación continua	36
Disponibilidad y accesibilidad a fármacos de Salud Mental	36
Elementos de calidad de la atención de Salud Mental	37
Modelos en Atención Primaria de Salud (APS) y en urgencias en general	38
Modelos de atención de Especialidad	39
Estrategias de enlace y en urgencias	39
Estrategias Asertivas Comunitarias en Salud Mental de Especialidad	40
Equipos Asertivos Comunitarios Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)	40
COSAM Móvil	41
Hospitalización Domiciliaria	41
Normativa de Garantías Explícitas en Salud (GES)	41
Derechos humanos de personas en hospitales psiquiátricos	41
Atención de personas LGBTI+	42
Implementación de Ley sobre personas del Espectro Autista	43
Avances a la fecha	44

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: IMPULSAR LAS ESTRATEGIAS Y LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA	45
Promoción de la salud mental, comunicación social y reducción del Estigma en Salud Mental	45
Abordaje de las necesidades de la salud mental en NNA (énfasis en quienes están bajo el cuidado del Estado)	47
Políticas, planes y programas para reducir el consumo de alcohol	48
Abordaje de demencias (énfasis en cuidadores de personas con demencias)	49
Prevención del suicidio	49
Prevención universal del suicidio	50
Prevención selectiva del suicidio	51
Prevención indicada del suicidio	51
Avances a la fecha	53
LÍNEA ESTRATÉGICA 4: FORTALECER LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL APOYO PSICOSOCIAL EN EL CONTEXTO DE LAS EMERGENCIAS.	54
Modelo de protección de salud mental en la Gestión de Riesgo de Desastres.	54
Atención de salud mental en la recuperación de la pandemia para trabajadores de la salud como grupos prioritario	56
Diagnóstico de salud mental en trabajadores de la salud	56
Intervenciones en salud mental para trabajadores de la salud	56
Avances a la fecha	58
LÍNEA ESTRATÉGICA 5: FORTALECER LOS DATOS, LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LA INVESTIGACIÓN.	59
Fortalecimiento de la generación y uso de datos de Salud Mental	60
Generación de evidencia e investigación en Salud Mental	62
Avances a la fecha	62
EN SÍNTESIS	63
GLOSARIO	64
REFERENCIAS	66
AUTORES	75
ANEXO 1: COMPROMISOS EN SALUD MENTAL DEL PROGRAMA DE GOBIERNO	76
ANEXO 2: GOBERNANZA MINSAL	77

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolución de la prevalencia de consumo marihuana y cocaína durante el último año, porcentaje. Total país, 1994 - 2020	13
Gráfico 2. Tasas de Mortalidad por suicidio, por 100.000 habitantes. Chile, 2010 – 2022.	15
Gráfico 3. Número de Personas en Control Programa de Salud Mental al corte anual según sexo, sector público. Chile, 2014-2022	18
Gráfico 4. Número de garantías explícitas en salud (GES) de salud mental ingresadas por año. Chile, 2015-2022. (Año 2022 solo enero a marzo)	19
Gráfico 5. Número total de casos en espera de consulta nueva en psiquiatría y mediana de días de espera para adultos e infanto-adolescente, por mes, sector público. Chile, 2023.	19
Gráfico 6. Número de Atenciones mensuales Red de Urgencia (SAPU, SAR, UEH) por Trastornos Mentales (F00 -F99) y Lesiones Autoinfligidas Intencionalmente (X60-X84) por semana estadística. Chile, 2021-2023 (hasta junio)	20
Gráfico 7. Número de Egresos Hospitalarios debidos a Trastornos mentales y Lesiones autoinfligidas intencionalmente por año. Chile, 2014-2022	21
Gráfico 8. Porcentaje de suicidio entre pacientes egresados por diagnóstico trastorno mental a los 30 días y al año, último dato disponible. Último dato disponible desde 2013. Algunos países OECD, 2022	22

INTRODUCCIÓN

La salud mental, entendida de manera amplia como bienestar emocional o psicosocial, tiene una relación directa con las experiencias vitales y las condiciones en las cuáles las personas nacen, viven y trabajan y se ha constituido en una de las principales preocupaciones de las personas en nuestro país(1). Las condiciones de vida y su relación con vivencias de aislamiento(2) e incertidumbre(3), particularmente durante los tiempos de pandemia, las brechas de servicios de atención de salud y el mayor acceso a información(4) han resignificado el interés en esta materia y levantado demandas por acciones concretas que otorguen mayores certezas y seguridad.

La respuesta de los sistemas de salud considera, por una parte, la acción intersectorial sobre los diferentes factores que generan riesgo de desarrollar problemas de salud mental, y por otra, debe ofrecer una atención sanitaria oportuna, cercana y de calidad a las personas con trastornos mentales de diversa índole: desde aquellos más frecuentes que afectan a una proporción importante de la población, a través de estrategias comunitarias en la Atención Primaria de Salud (APS), hasta aquellos más severos que demandan un uso intensivo de recursos altamente especializados, en el ámbito de la psiquiatría y la neurología, entre otros.

Junto al trabajo intersectorial y la atención sanitaria, el sistema de salud debe incluir los principios de participación social en los temas relativos a la salud mental, no sólo como uno de los elementos técnicos necesarios para implementar intervenciones que terminen siendo realmente efectivas en la mantención y recuperación de la salud mental de las propias personas, sino que también como parte del derecho a la autodeterminación de la sociedad y el fortalecimiento de la democracia.

El Programa de Gobierno del Presidente Gabriel Boric ha establecido la salud mental como una prioridad de su mandato con compromisos explícitos y específicos¹, algo inédito en más de 50 años.

Entre otras medidas, propone aumentar el presupuesto de salud mental, impulsar una Ley que potencie el desarrollo de la red de atención en salud mental, aumentar la cobertura y calidad de la atención, realizar acciones de promoción y prevención que involucren a la comunidad, focalizar esfuerzos en los niños, niñas y adolescentes (NNA), así como en grupos especialmente vulnerables(5).

Para dar cumplimiento a estos compromisos, desde el Ministerio de Salud (MINSAL) se elaboró el plan **Construyendo Salud Mental** que se hace cargo de la urgencia de responder a las demandas de la población, y permite orientar a los diversos equipos que día a día trabajan temáticas relativas a la salud mental y a la atención de pacientes.

Este documento no reemplaza a los instrumentos de planificación estratégica de largo plazo vigentes a la fecha, ni tampoco es una revisión exhaustiva de todas las acciones que se desarrollan desde el sector salud en materia de salud mental. El objetivo de este documento es, entonces, identificar las acciones que impulsará el ejecutivo – incluyendo también los

¹ Para revisar compromisos de gobierno en área de salud mental, ver el ANEXO 1: COMPROMISOS EN SALUD MENTAL DEL PROGRAMA DE GOBIERNO

avances a la fecha – para orientar el trabajo de los equipos durante los años de la presente administración, dentro del marco que nos entregan dichos instrumentos de planificación.

Construyendo Salud Mental amplía y refuerza 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*. Siguiendo la “*Política para mejorar la salud mental*”, aprobada en la 30° Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Washington DC en septiembre de 2022(6) para la Región de las Américas, en el documento correspondiente(7) y el informe en construcción de la Comisión de Alto Nivel en Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(8). Las actividades de **Construyendo Salud Mental** se estructuran en torno a las siguientes 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*.

Asimismo, el plan prioriza algunos grupos que requieren especial atención por sus condiciones de vulnerabilidad. Estos son: (a) los NNA, especialmente aquellos que residen en instituciones bajo cuidado del Estado; (b) las personas mayores, con iniciativas que mejoren la oferta asistencial para aquellas que viven con demencia y para sus cuidadores; y (c) la población económicamente activa, donde se establecen acciones dirigidas a los trabajadores de la salud, cuya salud mental se vio fuertemente afectada por la pandemia.

Sumado a estos grupos priorizados, se ha definido como relevante la protección de los derechos de las personas con enfermedad mental severa, particularmente, aquellas que usan servicios residenciales en hospitales psiquiátricos o monovalentes, y aquellas personas LGBTI+². Esto se debe a razones históricas relacionadas con discriminación y estigma, y a factores sanitarios a partir de su elevada vulnerabilidad.

Construyendo Salud Mental es un plan que complementa los avances del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, generando las bases para evaluarlo y así diseñar un nuevo Plan Nacional de Salud Mental para la década 2026-2035 y, al mismo tiempo, moviliza los esfuerzos para cumplir con el plan de Gobierno del Presidente Boric.

El documento que se presenta a continuación contiene los antecedentes sobre los que se formula este plan y describe la situación actual, las acciones avanzadas y la planificación para

² Se utiliza la recomendación OPS de conformidad con la resolución CD52.R6 (2013). Es importante señalar que la sigla ha cambiado con el transcurso de los años para incluir otras orientaciones sexuales e identidades de género, por ejemplo, intersexuales (I) y (+), donde el símbolo (+) apunta a incluir un rango más amplio de orientaciones sexuales e identidades de género (las personas asexuales y pansexuales, entre otras).

cada una de las 5 líneas propuestas. En la Tabla 1, se ilustra cómo este plan de acción responde a los compromisos en Salud Mental (SM) de esta administración plasmados en el Programa de Gobierno (detallados en el ANEXO 1: COMPROMISOS EN SALUD MENTAL DEL PROGRAMA DE GOBIERNO).

TABLA 1. RELACIÓN ENTRE COMPROMISOS DE GOBIERNO Y LÍNEAS DE CONSTRUYENDO SALUD MENTAL

	Liderazgo y Gobernanza	Cobertura y Calidad	Promoción y Prevención	Emergencias y Desastres	Datos y Evidencia
Duplicar presupuesto SM	X				X
Ley SM integral	X				X
Acompañamiento psicosocial APS		X			X
COSAM		X			X
COSAM móvil				X	X
Apoyo a vida independiente			X		X
Enfoque de género			X		X
Agentes comunitarios			X		X
Campaña estigma universal SM			X		X
Campaña estigma servicios SM		X			X
Primera infancia			X		X
Primera respuesta psicológica		X		X	X
Población vulnerable: LGBTI+		X			X

MARCOS ESTRATÉGICOS VIGENTES

Tal como se señaló, **Construyendo Salud Mental** es un plan que busca orientar a los equipos, que se sustenta en las siguientes estrategias y recomendaciones de carácter nacional e internacional:

- **Política para Mejorar la salud Mental**(7) aprobada por la 30° Conferencia Panamericana de Salud en septiembre de 2022. Esta política plantea las 5 líneas estratégicas en las cuales se estructura el **Plan Construyendo Salud Mental**, y su objetivo es orientar a los países de la Región de las Américas frente a la gran carga de problemas de salud mental, situación agravada por la pandemia de COVID-19 y la necesidad de reconstruir los sistemas y servicios de salud mental para el futuro.
- **Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025**(9) que adscribe al Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y fue construido en un amplio proceso participativo durante la década pasada por el MINSAL. Propone objetivos estratégicos y metas en siete líneas de acción: (a) regulación y derechos humanos, (b) provisión de servicios de salud mental, (c) financiación, (d) gestión de la calidad, (e) sistemas de información e investigación, (f) recursos humanos y formación, (g) participación social e intersectorialidad.

- **Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud**(10) que se relaciona estrechamente con el descrito Plan Nacional de Salud Mental. Se trata de un sistema explícito de vínculos e interacción de relaciones horizontales entre los diversos nodos y puntos de atención de los lugares de atención de salud mental. Esto permite la integralidad y la continuidad de la atención y cuidados, a través de su organización y disposición de recursos. Su objetivo es orientar las decisiones respecto a la inversión pública en salud mental e impulsar una transformación de las prácticas clínicas y de gestión, junto con una ampliación coherente de los recursos.
- **Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030**(11), que considera dentro de sus objetivos mejorar la salud mental de las personas que viven en Chile incluyendo desde servicios de promoción y prevención, así como el tratamiento de trastornos de salud mental, y contribuir a la disminución del consumo de alcohol y drogas, entre otros objetivos.

En el siguiente capítulo, se exponen antecedentes epidemiológicos relevantes para la comprensión de la situación actual de la salud mental en el país, que permiten complementar los análisis de los marcos estratégicos actualmente disponibles en el MINSAL, en el contexto del plan **Construyendo Salud Mental**.

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

A continuación, se presentará una caracterización epidemiológica de la situación de la salud mental en el país, dando cuenta de la importancia de los trastornos psiquiátricos, particularmente depresión, trastornos neurológicos, en especial demencias, consumo de alcohol y otras sustancias y lesiones autoinfligidas. Esto a través de la revisión de la prevalencia de algunos problemas, estudios y estimaciones de la mortalidad, especialmente prematura, y la discapacidad asociada, haciendo un particular énfasis en poblaciones vulnerables. A la vez se proporcionará información respecto al uso de servicios asistenciales en las últimas décadas en Chile, con algunos elementos del funcionamiento de la red pública durante la pandemia.

Los problemas y trastornos de salud mental se consideran un componente relevante en términos de mortalidad prematura y discapacidad asociada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa a Chile entre los países con una relevante carga de enfermedad por estos problemas³, llegando a un 18% del total de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA)⁴, superando lo observado a nivel global (12%) y similar a los países de la *Organisation for Economic Co-operation and Development*, OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE)(18%)(12).

Destaca el componente de discapacidad en la carga de enfermedad asociada a salud mental, muy fuertemente relacionado con la prevalencia de trastornos del ánimo. El reporte sobre carga de trastornos mentales en las Américas, elaborado por la OMS(13) señala que los tras-

³ Incluye salud mental, trastornos neurológicos, consumo de drogas y lesiones autoinfligidas.

⁴ AVISA o AVAD (Disability Adjusted Life Years, DALYs por sus siglas en inglés) son los años de vida ajustados por Discapacidad. Se trata de un indicador compuesto que mide los años perdidos por discapacidad y los años perdidos por muerte prematura.

tornos neuropsiquiátricos representan un 34% de los años perdidos solo por discapacidad. En Chile, estos trastornos representan el 36% de los años de vida perdidos por discapacidad, es decir, levemente superior a lo observado en la región.

Junto a ello, el Estudio Nacional de la Discapacidad, III ENDISC 2022, estima que en Chile un 17,6% de la población adulta entra en la categoría personas en situación de discapacidad de cualquier severidad(14). El mismo estudio en su versión anterior (II del 2016), determinó que, de los adultos en situación de discapacidad, un 9,5% presenta alguna condición permanente y/o de larga duración con dificultad en la esfera mental, intelectual o psiquiátrica(15).

DEPRESIÓN

El trastorno depresivo o depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, e implica un estado de ánimo deprimido o la pérdida del placer o interés por actividades durante períodos de tiempo prolongados. Afecta a casi todos los ámbitos de la vida, incluyendo las relaciones familiares, de amistad y del ámbito social, con intensidad y costos asociados de diferente escala, tanto a nivel individual como para la sociedad en su conjunto(16). En este sentido, es importante destacar que la mayoría de los suicidios que ocurren se encuentran estrechamente ligados a un cuadro de depresivo en curso(17,18).

Si bien este trastorno puede afectar a cualquiera, hay algunas condiciones que aumentan su probabilidad de ocurrencia, tales como el género femenino o la experiencia de abusos, situaciones de pérdidas graves u otros eventos estresantes. La depresión está muy interrelacionada con la salud física, compartiendo factores de riesgo como la inactividad física o el consumo de alcohol, con enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias. Al mismo tiempo, las personas con enfermedades físicas pueden estar cursando depresión a causa de las dificultades asociadas con el manejo de su afección(16).

A nivel mundial, se estima que el 5% de los adultos pueden estar cursando un trastorno depresivo, lo que corresponde aproximadamente a 280 millones de personas(12). La depresión es más frecuente en mujeres que en hombres, y más del 10% de las embarazadas y de las mujeres púerperas experimentan depresión(19).

La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017(20), indica que la prevalencia de vida de trastorno depresivo en personas adultas, es de un 11,2% y la de trastorno bipolar en sus distintas formas es un 1,7%. Por su parte, la prevalencia en los últimos 12 meses de trastorno depresivo es de 6,2%, siendo casi 5 veces mayor en mujeres que en hombres (10,1% vs. 2,1%).

Sin embargo, existe un porcentaje mayor de personas que refieren síntomas relacionados con la depresión, que pueden ser explicados por otras causas, no necesariamente patológicas, como por ejemplo eventos vitales adversos, y que no permiten configurar una depresión bajo los criterios diagnósticos en uso. Eventualmente, estas personas pudiesen igualmente demandar servicios de salud.

DEMENCIAS

El concepto de demencia engloba varias enfermedades que afectan a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades diarias. Globalmente, más de 55 millones de personas tienen demencia en todo el mundo(21). La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia y puede representar entre un 60% y un 70% de los casos(22). La demencia presenta variados factores de riesgo, muchos de ellos compartidos con otras enfermedades crónicas no transmisibles. Principalmente, es la edad la que más se ha correlacionado con la aparición de cuadros de demencia.

Se estima que actualmente en Chile 1,06% de la población presenta algún tipo de demencia(23), cifra similar a la estimación proporcionada por el estudio mundial de carga de enfermedad(24), con una fuerte correlación con la edad: cerca del 8,5% de las personas de 60 años y más presenta algún grado de deterioro cognitivo, con un incremento exponencial posterior a los 75 años, alcanzando más de un 40% en los mayores de 85 años(25). Este aumento está relacionado al envejecimiento de la población y es consistente con lo observado en el resto del mundo.

Estudios sobre mortalidad asociada a trastornos de salud mental(12), señalan que, en Chile, la demencia tipo Alzheimer, como causa específica de muerte para todas las edades, subió del 8° al 5° lugar, constituyéndose en una de las causas de muerte con mayor porcentaje de aumento (59%) entre el año 2009 y 2019(26). Debe considerarse siempre que la carga de enfermedad relacionada con las demencias se extiende a la que pueda asociarse a los problemas sanitarios que enfrentan quienes cuidan a personas que sufren diferentes grados de discapacidad y dependencia, y que afecta de manera desproporcionada a las mujeres. Ellas asumen cerca del 70% de esta carga de cuidados(21).

CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

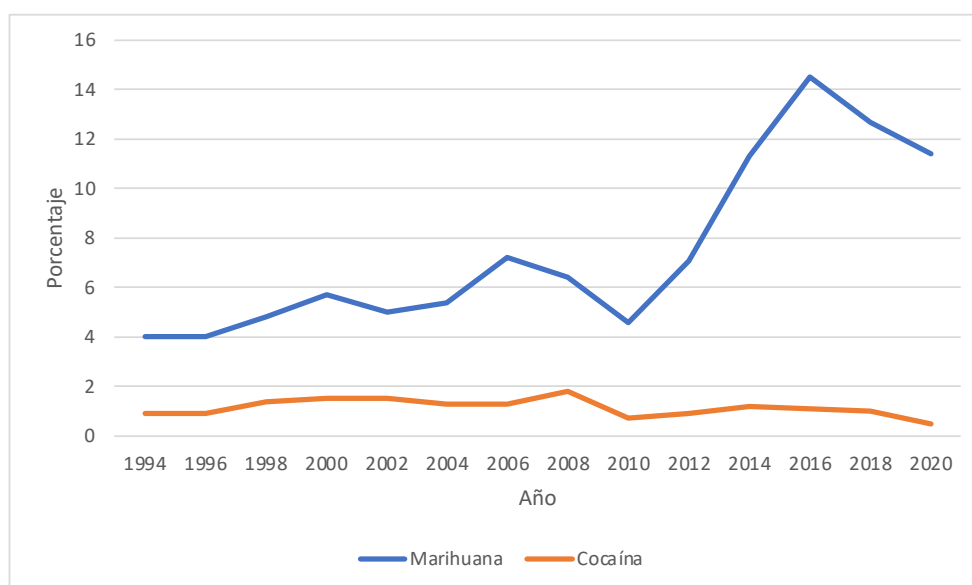
Los trastornos causados por el consumo de alcohol y otras drogas son una gran carga social y económica para los individuos y las comunidades. Su uso continuo puede causar dependencia y discapacidad, accidentes, problemas sociales además de problemas crónicos de salud(27). En particular el alcohol puede producir cerca de 200 enfermedades y explica cerca de un 5% de todas las muertes a nivel mundial(28).

En Chile la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 señala que el 12% de la población presenta consumo riesgoso de alcohol, y un 1,9% presenta trastornos por consumo de alcohol, incluyendo tanto consumo perjudicial como dependencia, siendo 3% en hombres y 0,8% en mujeres(20). A pesar de que la cantidad de personas que padecen una condición de salud mental relacionada exclusivamente al consumo de alcohol es baja, los problemas que genera en la población general el consumo en niveles de riesgo se expresan a través de accidentes de tránsito, agresiones, o el mayor riesgo de desarrollo de enfermedades como cáncer, enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares. Especial relevancia cobra el rol del consumo de alcohol como factor de riesgo para otros trastornos de salud mental, como la incidencia de depresión y el aumento del riesgo de suicidio.

El consumo de alcohol es uno de los factores que más contribuyen a la mala salud de las personas que viven en Chile. Un estudio del Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (SENDA) y la Pontificia Universidad Católica de Chile del 2014, atribuyó sobre 13 mil muertes anuales al consumo de alcohol(29), la mayoría de ellas por cirrosis y condiciones cardiovasculares, representando un 13% del total de las muertes para ese año. Al mismo tiempo, es relevante destacar que el patrón de consumo nacional, en general concentrado en pocos días de la semana, se relaciona con accidentabilidad, criminalidad y mayor riesgo suicida, entre otras consecuencias agudas.

El consumo de sustancias ilícitas en Chile se caracteriza principalmente por el consumo de marihuana; a partir del 2010 se observó un aumento importante de la prevalencia del consumo, alcanzando su cifra más alta el 2016, con un 14,5%⁵ en población general, descendiendo posteriormente hasta un 11,4% en 2020(30). La percepción de riesgo del consumo de marihuana⁶, se encuentra en un 31,4%, una de las cifras más bajas de los últimos años, considerando que su cifra más alta se alcanzó en 2008 con 51,8% y su cifra más baja fue de 29,2% en 2016(30). En población en edad escolar se ha observado un descenso sostenido en las prevalencias de consumo. Actualmente la prevalencia de vida⁷ es 24,8%, la prevalencia en el último año es de 18,8% y la de último mes es de 11,2%(31). Otras drogas como la cocaína mantienen niveles de consumo relativamente bajos y estables en el tiempo en la población general(30) (Ver Gráfico 1).

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE CONSUMO MARIHUANA Y COCAÍNA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, PORCENTAJE. TOTAL PAÍS, 1994 - 2020.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de SENDA, Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2020. Principales resultados

⁵ Consumo dentro del último año.

⁶ Proporción que declara gran riesgo respecto a consumir.

⁷ Consumo en cualquier momento de la vida.

LESIONES AUTOINFLIGIDAS

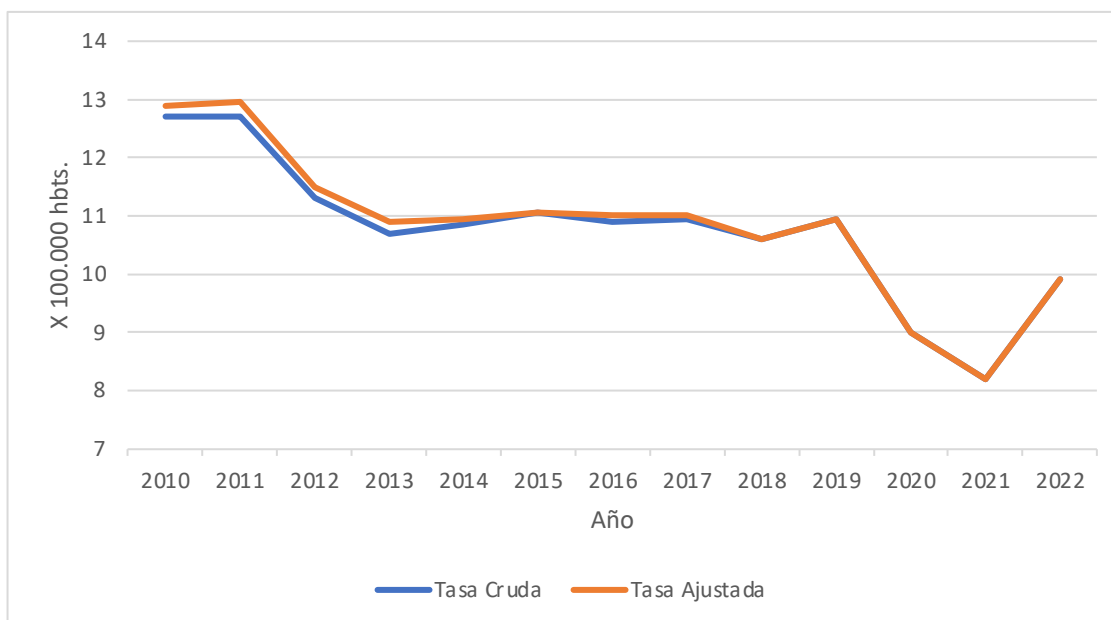
Todos los casos de suicidio son una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. Puede ocurrir a cualquier edad, pero se puede prevenir mediante intervenciones adecuadas. El vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales, particularmente depresión y consumo de alcohol, está bien documentado. Muchos casos son consecuencia de una actuación impulsiva frente a la dificultad para lidiar con situaciones de crisis de la vida, como problemas económicos, rupturas de relaciones o enfermedades crónicas(32). Junto a ello, el contexto de situaciones extraordinarias (conflictos, catástrofes, actos violentos, abusos, pérdida de seres queridos, sensación de aislamiento, etc.) o la pertenencia a grupos vulnerables y discriminados (refugiados y migrantes, pueblos indígenas, personas LGBTI+, los reclusos, etc.) se asocian con conductas suicidas. El principal factor de riesgo para el suicidio es, sin duda, un intento previo de suicidio(32).

En Chile, en el año 2017 un 2,2% de la población mayor de 18 años durante los últimos 12 meses alguna vez había pensado seriamente en suicidarse, el 1,5% alguna vez había hecho un plan para suicidarse y el 0,7% alguna vez había intentado suicidarse(20). Estas cifras deben interpretarse desde un continuo de pensamientos y acciones que pueden aumentar la probabilidad de cometer suicidio: se estima que por cada persona que muere por suicidio, existirían por lo menos entre 10 a 20 personas que lo intentan, con un importante subregistro debido a falta de vigilancia epidemiológica y la ausencia de consulta en sistemas formales de cuidados de salud(33).

En relación con la mortalidad prematura, las cifras posicionan al suicidio entre las primeras 5 causas de muerte en Chile en la población entre 15 y 49 años en el periodo 2007-2017(12). Un reciente informe de mortalidad por suicidio publicado por MINSAL(34) señala que, en Chile, durante la década 2010-2019 se observó un descenso en las tasas ajustadas por edad, pasando de 12,9 en 2010 a 10,9 por 100.000 habitantes en 2019. Durante ese último año, la tasa estandarizada en hombres fue de 17,1 y en mujeres 3,9. Las tasas son más altas en adultos mayores y especialmente en hombres: sobre los 60 años, los hombres tienen una probabilidad de presentar la enfermedad diez veces mayor que la mujeres. Durante los años 2020 y 2021 (en el contexto de pandemia), las tasas de suicidio presentaron una disminución cercana al 15% cada año, comparado con el año 2019. No hay aún suficiente evidencia para determinar el tipo de asociación de periodo pandémico y la suicidalidad(35). En 2022 se observó un importante incremento que pudiese llevar en los próximos años a niveles similares a los observados prepandemia en el país⁸ (Ver Gráfico 2).

⁸ Estas cifras están siendo monitoreadas mensualmente por el Departamento de Epidemiología, MINSAL en informes de Vigilancia mensual de suicidios consumados. Se mantiene además información actualizada de lesiones autoinfligidas intencionalmente en Informes mensuales. <http://epi.minsal.cl/lesiones-autoinfligidas-intencionalmente-y-muerte-por-suicidio-6/>

GRÁFICO 2. TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO, POR 100.000 HABITANTES. CHILE, 2010 – 2022.



Eje Y desde 7 por 100.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia en base a Reporte Mortalidad por Suicidio Oficina de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Encuestas Poblacionales Departamento de Epidemiología

POBLACIONES PARTICULARMENTE VULNERABLES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

Si bien las características epidemiológicas hasta aquí expuestas son comparables a los reportes de distintos países y son relativamente estables en el tiempo, la pandemia de COVID-19 ha venido a configurar un escenario nuevo, en que los problemas de salud mental cobran particular relevancia.

Mucha de la evidencia disponible hace referencia a población adulta trabajadora, que resultó especialmente afectada por los efectos de la pandemia. En una encuesta realizada en el 2021 en 30 países, el 45% de los participantes señaló que su salud mental había empeorado desde el comienzo de la pandemia; Chile está entre los países con los porcentajes más altos, llegando a un 56%(36). A partir del *Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC(2)*, a noviembre de 2022 se ha ido observando, respecto del momento de inicio de la pandemia, una disminución de la sospecha de problema de salud mental en población general adulta llegando a 15,7% (34,7% en julio 2020) y del insomnio a 13,2% (18,2% en noviembre 2020); sin embargo, persiste en mujeres la sensación de soledad con 24,8% (21,2% en noviembre 2020) y ansiedad con 30,9% (igual cifra en agosto del 2021).

Algunos grupos poblacionales son especialmente afectados por problemas de salud mental, y existen datos que resultan relevantes a la hora de priorizar estrategias y formas de abordaje. Estos grupos son los NNA, los cuidadores de personas con demencias (habitualmente mujeres), las personas LGBTI+ y los trabajadores de la salud.

Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)

La pandemia impactó de forma especialmente intensa a NNA debido a mecanismos variados, entre los que se teorizan la interrupción de la educación presencial, el aislamiento social prolongado, la precariedad económica y la exposición al estrés familiar y comunitario(37). Se pesquisó un aumento de la prevalencia en la gran mayoría de los problemas de salud mental más habituales. Al menos uno de cada cinco estudiantes preescolares y escolares en Chile (20,6%) pasó de no presentar sintomatología alguna en la esfera de la salud mental, a presentar uno o más síntomas(38). Entre otros desafíos en este tema, se ha planteado la imperiosa necesidad de preparación y capacitación de los trabajadores de salud relacionados con la salud mental en NNA, en el uso de estrategias preventivas de probado impacto(39).

Cuidadores de personas con demencia

La demencia como problema de salud pública, afecta también a quienes brindan acompañamiento y apoyo necesario para que la persona con demencia pueda mantener su salud y calidad de vida. La mayoría de los cuidadores son familiares que no reciben remuneración por sus servicios, es decir, corresponden a cuidadores informales(40). El cuidador de una persona con demencia puede verse afectado frecuentemente por problemas psicológicos y emocionales. Se ha visto que presentan mayores índices de síntomas depresivos y percepción de salud física deteriorada en comparación con la población no cuidadora, remarcando el hecho que la mayor parte del cuidado es ejercido por mujeres. En relación con las edades de los cuidadores, el 50% tiene 52 años o más y el 30% tiene 62 años y más. El 47,4% de estas personas ha tenido el rol cuidador por más de 5 años y casi el 20% ha ejercido esta labor por más de 15 años(23). Estos antecedentes enmarcan la necesidad de entregar a los cuidadores, habitualmente mujeres, mejores herramientas y apoyo para que puedan mantener su propio cuidado y el de las personas que tienen a su cargo.

Personas LGBTI+

Un grupo de particular relevancia lo constituyen las personas LGBTI+, que basalmente presentan mayor riesgo de tener problemas de salud mental(6), incluyendo el suicidio(41), en general relacionado a las experiencias de estigmatización(42). Este grupo destaca porque buscan servicios de salud mental de forma más frecuente que personas no LGBTI+(43) y encuentran barreras en la atención de salud como discriminación y violencia(44). Todo esto conlleva altos costos económicos para los sistemas sanitarios y peores indicadores de mortalidad en esta subpoblación. En Chile, y en contexto de la pandemia, se evidenció que dentro de las personas LGBTI+ existen más problemas de salud mental entre las mujeres(45).

Trabajadores y trabajadoras de la salud

Finalmente, es importante destacar la importante afectación de los trabajadores de la salud en relación con la pandemia y los esfuerzos por enfrentarla. Un estudio colaborativo internacional muestra el impacto que ha tenido este periodo en la salud mental del personal de salud en Chile, con altas tasas de síntomas depresivos, pensamiento suicida y malestar psicológico(46). En esta línea, en relación con la calificación de patologías de salud mental de origen laboral en los servicios de salud del país, durante el 2021 se presentaron 661 casos y en 2022 se

presentaron 840 casos, lo que representa un 27,1% de aumento respecto del año anterior. Al revisar la distribución de días laborales perdidos, pese a que COVID-19 fue la enfermedad de mayor prevalencia, las enfermedades de salud mental presentan el porcentaje más alto (49%).

USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

El registro de la demanda de atención por problemas de salud mental puede utilizarse, aunque con limitaciones, para caracterizar el nivel de salud mental de una región o subregión. Si bien el enfoque habitual de usar prevalencias o mortalidad resulta útil para planificar o evaluar ciertos servicios de salud mental, muchas veces no lo es para estimar adecuadamente la demanda asistencial, ya que la prevalencia de las enfermedades mentales cambia con el tiempo bajo la influencia tanto del cíclico desarrollo socioeconómico (por ejemplo la variación de los determinantes sociales de la salud estructurales, o por dificultades de acceso a la atención), como de la mejoría de los esquemas terapéuticos(47). Además, esta demanda está fuertemente condicionada por la oferta existente.

El perfil de las personas que consultan y que son diagnosticadas con diversos trastornos de salud mental permite, además de la caracterización de ese segmento, aproximarse a las brechas de acceso a la atención en esta materia. Las brechas están determinadas por diversos factores, algunos relacionados a la organización y disponibilidad de servicios mientras que otros se vinculan a la percepción de necesidad de las propias personas y al estigma social (y auto estigma) que puede actuar como una barrera de acceso a los servicios(48).

A continuación, se abordan algunas instancias de atención sanitaria que caracterizan el uso de servicios en salud mental, tales como las consultas ambulatorias y los controles de salud mental, las prestaciones por Garantías Explícitas en Salud (GES), las listas de espera no GES, y las atenciones de urgencia y hospitalarias.

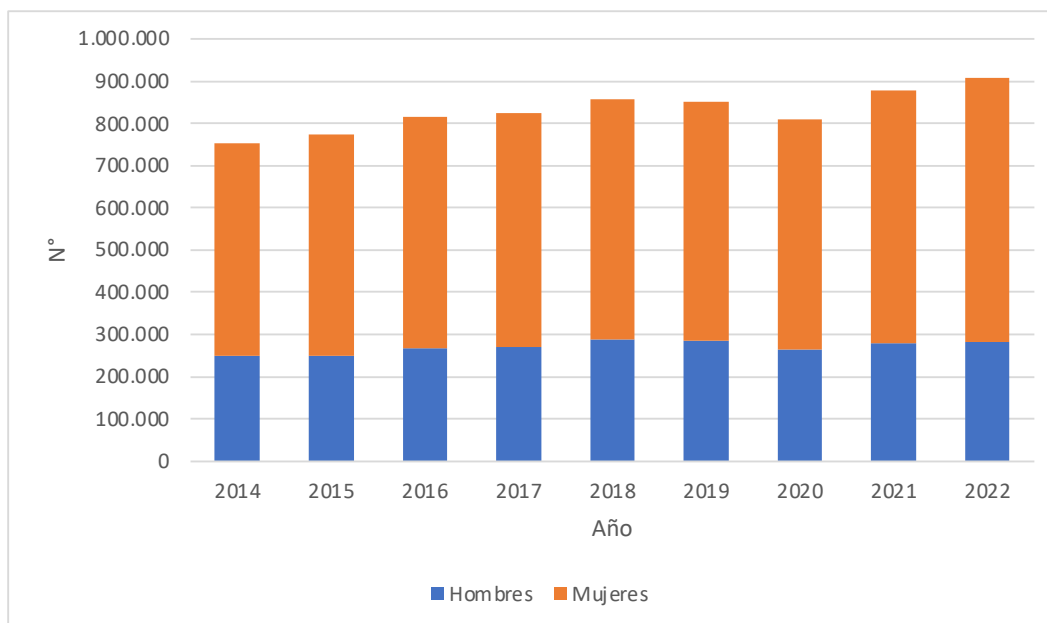
Atención ambulatoria

Según las atenciones reportadas por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) del MINSAL, se muestra un aumento sostenido entre el año 2014 y el 2019 de casi un 20% en las atenciones por programas y en establecimientos de salud mental ambulatorios del sector público, tanto APS como Especialidad. Esto se vio interrumpido por la pandemia, con un descenso de más de un 50% durante 2020 y, a partir de ahí, datos preliminares muestran una recuperación progresiva, alcanzando el 2022 una cifra mayor que la del 2019.

En Chile, se estima que aproximadamente 1 de cada 4 personas con trastornos de salud mental que requerirían atención está accediendo a prestaciones en APS en el sector público. Esto proviene de un cálculo simplificado en que se estima una prevalencia anual de problemas de salud mental de entre 20% y 25% en la población general (un poco más de 4 millones de personas en el país), y solo un cuarto de ellos tendría respuesta a su necesidad de atención de manera estable en programas de salud mental en el sistema público⁹. A diciembre de 2019 en los niveles de APS y de Especialidad, se mantenían 848.334 personas bajo control por diversos diagnósticos de salud mental: a la misma fecha del año 2022 la cifra fue de 907.407. Cerca de un 17% de estas personas corresponde a controles realizados por Especialidad (Ver Gráfico 3).

⁹ Indicador N°10 del Índice de Actividades de APS 2021. En base a prevalencias estimadas y población bajo control en sector público de atención.

GRÁFICO 3. NÚMERO DE PERSONAS EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL AL CORTE ANUAL SEGÚN SEXO, SECTOR PÚBLICO. CHILE, 2014-2022.

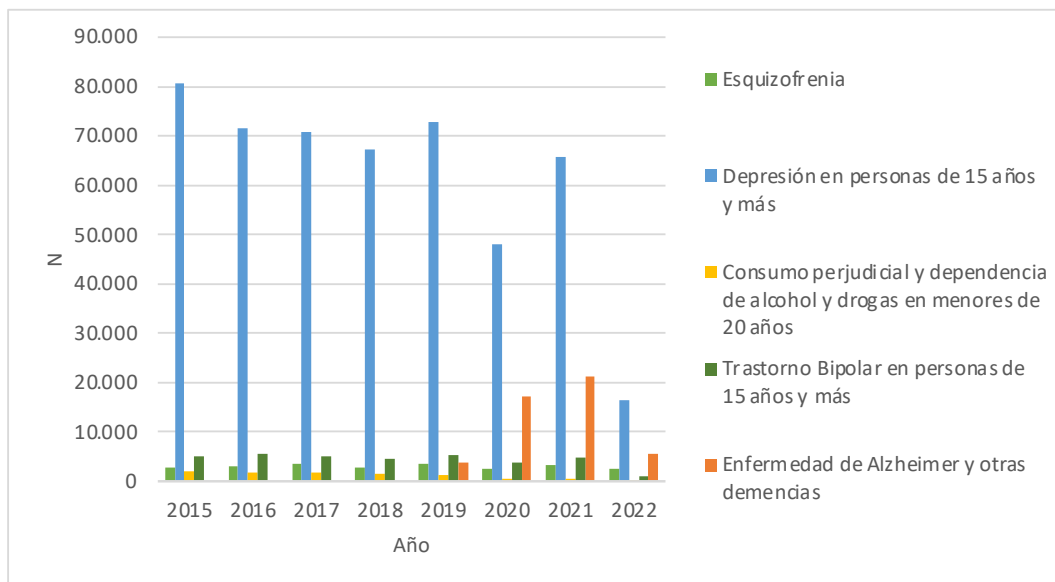


Fuente: Elaboración propia en base a Tablero Salud Mental DEIS revisado a diciembre de 2022, MINSAL.

Prestaciones GES y listas de espera no GES

Respecto a las prestaciones GES, se incluyen actualmente 5 trastornos de salud mental: esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años, trastorno bipolar en personas de 15 años y más, y enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Durante la pandemia se produjo una disminución de los casos nuevos ingresados al sistema de todos estos problemas, a excepción de Alzheimer que inició como nueva garantía durante el último trimestre de 2019 (Gráfico 4).

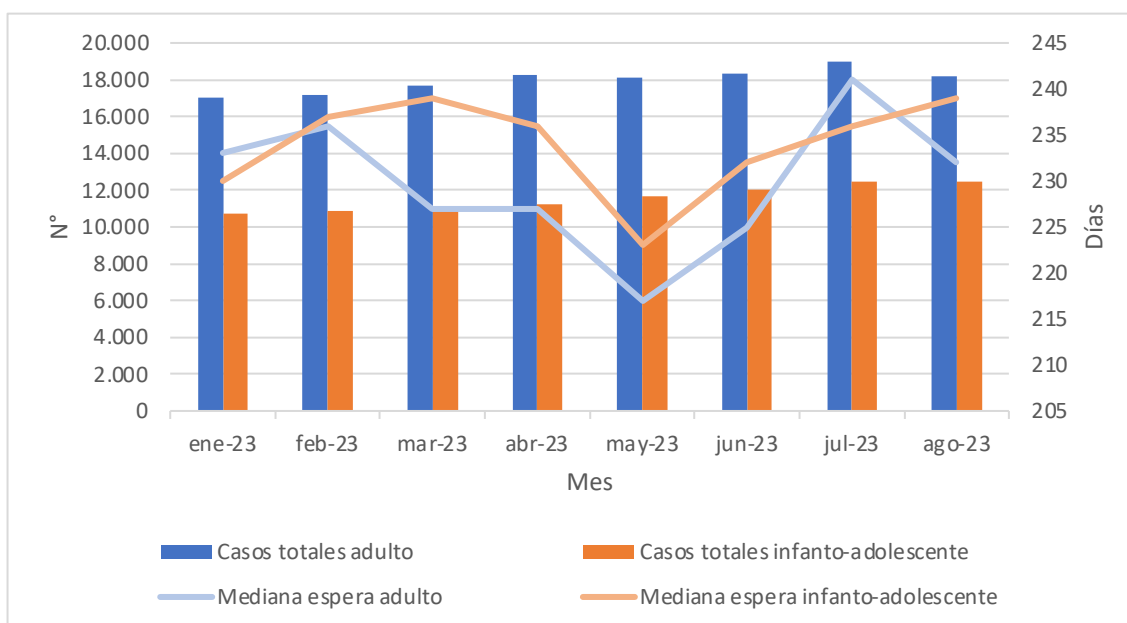
GRÁFICO 4. NÚMERO DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) DE SALUD MENTAL INGRESADAS POR AÑO. CHILE, 2015-2022. (AÑO 2022 SOLO ENERO A MARZO).



Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud, 2022

En cuanto a la situación de las consultas no GES, en el Gráfico 5 se detallan las solicitudes en espera de evaluación por especialistas de psiquiatría para adultos y para NNA, así como el tiempo que han debido esperar en los últimos meses. Tanto para psiquiatría infantil y adolescente como para psiquiatría adultos, el tiempo de espera es muy importante, superando en ambos casos los 7 meses(49).

GRÁFICO 5. NÚMERO TOTAL DE CASOS EN ESPERA DE CONSULTA NUEVA EN PSIQUIATRÍA Y MEDIANA DE DÍAS DE ESPERA PARA ADULTOS E INFANTO-ADOLESCENTE, POR MES, SECTOR PÚBLICO. CHILE, 2023.



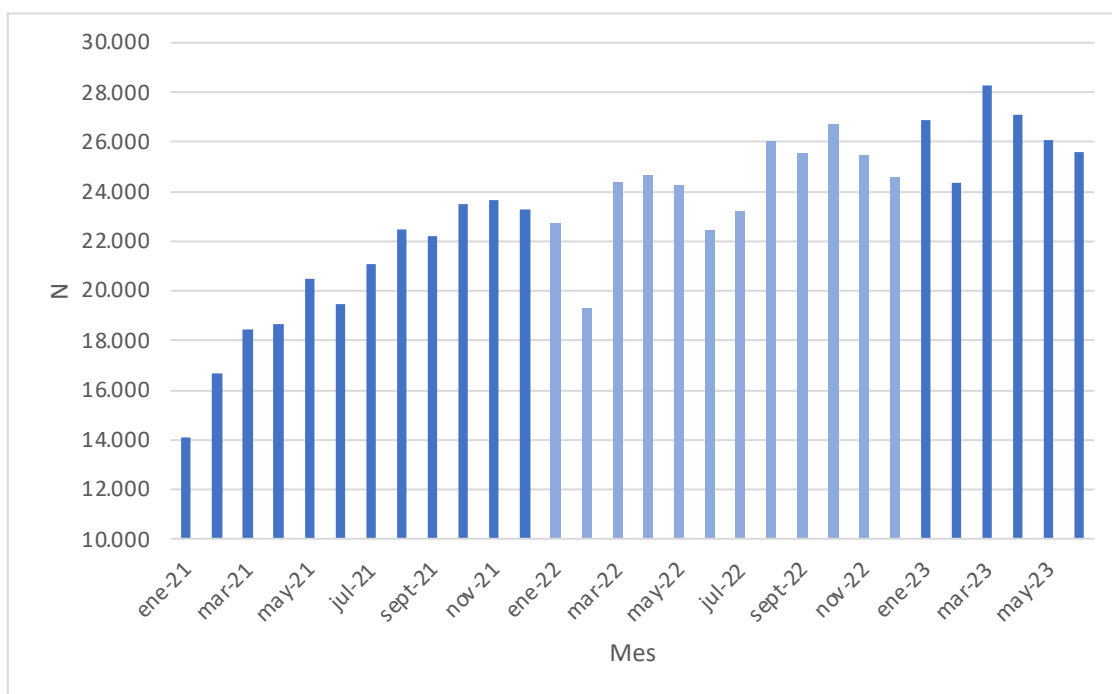
Eje Y secundario desde 205 días.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Visor Ciudadano, Tiempos de Espera, MINSAL.

Atención de urgencia y hospitalaria

La atención diaria de urgencias para trastornos mentales (F00 -F99)¹⁰ y lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84)¹¹, evidencian la demanda por estas causas durante el año 2022 (Ver Gráfico 6). Entre julio y diciembre de 2022, hubo un promedio semanal de 5.697 atenciones, lo que representa un incremento del 10% en comparación con periodo enero-junio 2022 (promedio semanal de 5.186 atenciones)¹². Esta variación estacional es habitual, con un incremento en los meses de primavera.

GRÁFICO 6. NÚMERO DE ATENCIONES MENSUALES RED DE URGENCIA (SAPU, SAR, UEH) POR TRASTORNOS MENTALES (F00 -F99) Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (X60-X84) POR SEMANA ESTADÍSTICA. CHILE, 2021-2023 (HASTA JUNIO).



Eje Y desde 10.000 atenciones. Colores solo difieren para efectos de contraste gráfico.

Fuente: Elaboración propia en base a Registro de Atenciones diarias de Urgencia, DEIS- MINSAL.

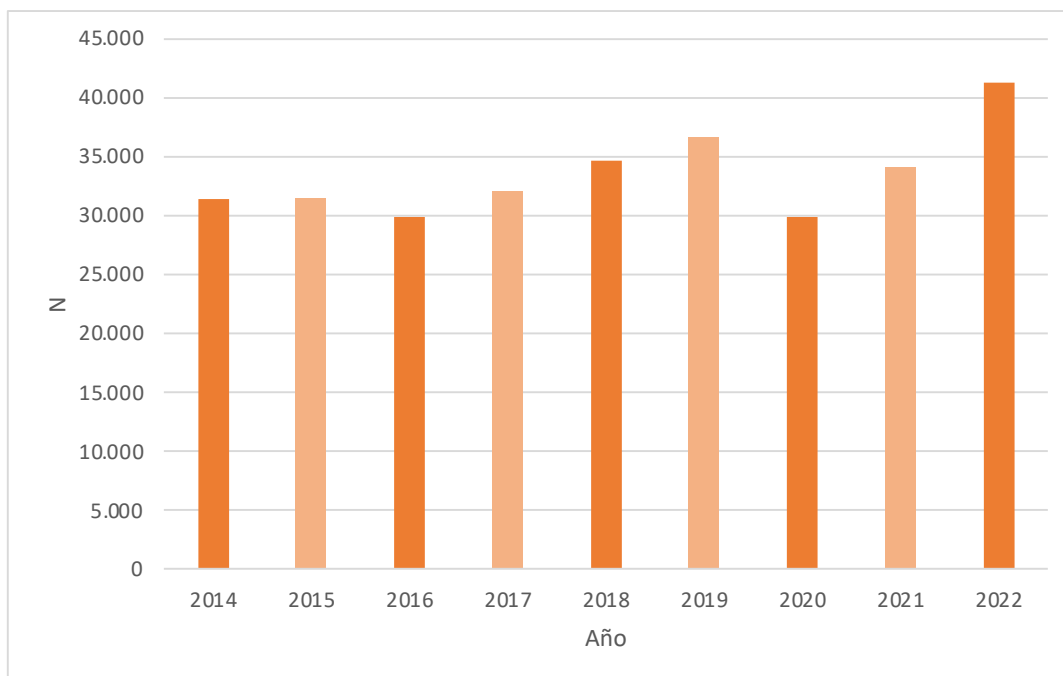
En relación con la atención cerrada, los egresos hospitalarios anuales de establecimientos públicos y privados, debido a trastornos mentales y lesiones autoinfligidas intencionalmente, mostraban que desde el 2016 al 2019 hubo una tendencia sostenida al alza: desde 29.941 hasta 36.604 egresos, como se observa en el Gráfico 7. Si bien esta tendencia se ve interrumpida en el año 2020 debido a la reconversión de camas por pandemia, durante el año 2022 ya se observan valores superiores al periodo prepandémico (Gráfico 7).

¹⁰ Corresponde a los actuales códigos CIE-10 (Clasificación internacional de Enfermedades).

¹¹ Ibid.

¹² A partir del año 2021 a través de Ord N°1307 se introdujo al sistema de registros de atenciones de urgencia (SADU) la recolección de las atenciones de salud mental, permitiendo el monitoreo de condiciones específicas, como la Lesión Autoinfligida Intencionalmente (LAIN).

GRÁFICO 7. NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS DEBIDOS A TRASTORNOS MENTALES Y LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE POR AÑO. CHILE, 2014-2022.

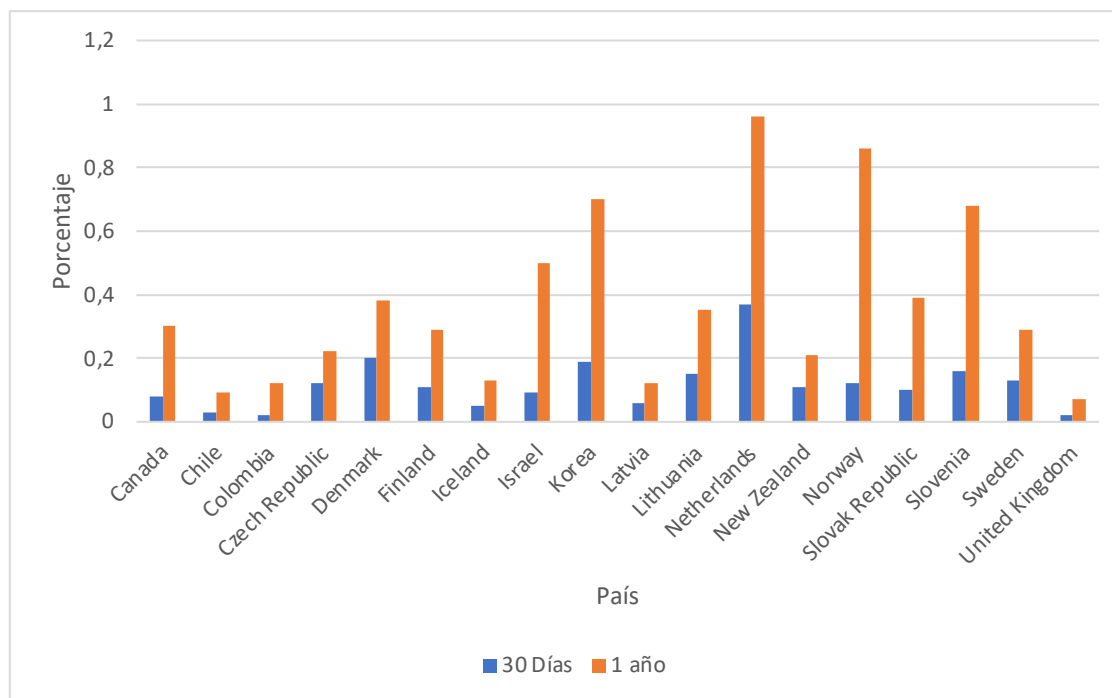


Colores solo difieren para efectos de contraste gráfico.

Fuente: Elaboración propia en base a datos DEIS, 2022.

Finalmente, un importante indicador de calidad de la red asistencial a nivel de la comunidad es la tasa de suicidio ocurrida posterior al egreso de usuarios hospitalizados. Como se observa en el Gráfico 8, tanto a 30 días como al año del alta, las tasas nacionales son relativamente bajas en comparación con los países de la OECD. No obstante, queda mucho por mejorar para llegar al estándar de prevención del suicidio observado en países como Islandia o Reino Unido(50).

GRÁFICO 8. PORCENTAJE DE SUICIDIO ENTRE PACIENTES EGRESADOS POR DIAGNÓSTICO TRASTORNO MENTAL A LOS 30 DÍAS Y AL AÑO, ÚLTIMO DATO DISPONIBLE. ÚLTIMO DATO DISPONIBLE DESDE 2013. ALGUNOS PAÍSES OECD, 2022.



Fuente: Elaboración propia con datos OECD Health Statistics 2023

Funcionamiento de la Red Temática de Salud Mental durante pandemia

Durante la pandemia, la Red Temática de Salud Mental operó de forma continua⁽⁵¹⁾, a pesar del impacto que tuvieron las medidas para reducir el riesgo de propagación del virus sobre la oferta de la red asistencial (usuarios y funcionarios con condiciones de riesgo, reducción de movilidad de usuarios y funcionarios, espacios reducidos y aforos limitados, necesidad de higienización regular de los espacios de trabajo, reducción de dotación de recursos humanos disponible producto de licencias médicas por enfermedad o cuarentenas preventivas y reasignación de funciones). Esto implicó realizar ajustes en la modalidad de entrega de prestaciones, dependiendo de la fase en que cada comuna se encontraba, implementando mecanismos diversos para garantizar la continuidad de cuidados. Así, se incorporaron mecanismos de priorización, se diseñaron planes de contingencia, se facilitó la dispensación de fármacos y se incorporó dentro de su cartera de prestaciones intervenciones en modalidad remota o a distancia, lo que ha permitido organizar los servicios para dar continuidad a los procesos y acoger la demanda en salud mental.

Relacionado a la fluctuación entre atenciones presenciales y remotas, uno de los principales nudos críticos reconocidos por los equipos de salud, y que se mantuvo durante toda la pandemia, fue el acceso insuficiente a medios tecnológicos desde los centros de salud, donde fue necesario el uso de recursos personales, principalmente teléfonos y planes de voz y datos para otorgar la atención. Esto se suma a la desigualdad estructural en el acceso a tecnología

y conectividad en las distintas comunidades, como una brecha básica de acceso en relación con los servicios de salud.

A modo de resumen, Chile presenta una gran prevalencia y carga de enfermedad principalmente asociada a trastornos mentales comunes, similar a lo que ocurre en otros países, tanto de la región de las Américas como de la OECD; en el fenómeno suicida, mayormente estable y en general a la baja, destacan algunos grupos etarios de preocupación como hombres adultos mayores y mujeres jóvenes. Junto a ello, el consumo de alcohol es muy prevalente y con extendidos patrones de consumo riesgoso y la demencia ha emergido como causa de mortalidad y discapacidad en el contexto del envejecimiento poblacional. A pesar de los avances en prestación de servicios, como la inclusión de trastornos de salud mental a GES o la expansión de cobertura de dispositivos y profesionales capacitados, persisten brechas de atención y calidad en APS, especialmente por la dificultad a la satisfacción de la demanda oculta¹³ y la baja frecuencia de controles en los pacientes en tratamiento; en el caso de las consultas de especialidad, con tiempos de espera muy prolongados, resulta particularmente complejo el abordaje de la población infanto-adolescente.

Chile ha cambiado desde que se formuló el Plan Nacional de Salud Mental en 2017 y las necesidades de la población han evolucionado consecuentemente. Existen nuevos y grandes desafíos para la salud mental, especialmente después de la pandemia por COVID-19. Los datos hasta aquí expuestos proporcionan elementos concretos respecto de la situación actual de la salud mental en el país y orientan sobre la relevancia de la temática desde una perspectiva sanitaria. Se requieren con urgencia desarrollos conceptuales de mayor complejidad, datos más actualizados, o perspectivas de otros sectores para un diagnóstico más comprehensivo y preciso que oriente de manera sólida las acciones de mediano y largo plazo en salud mental. Al mismo tiempo, resulta de gran relevancia evaluar continuamente los avances que las distintas iniciativas han ido consolidando durante estos primeros periodos. Sin duda, ambos son desafíos que **Construyendo Salud Mental** debe abordar en su desarrollo.

¹³ Se hace referencia a la necesidad sanitaria poblacional que no es “conocida” por la institucionalidad, y que puede ser percibida por la comunidad o no.

PLAN CONSTRUYENDO SALUD MENTAL

Construyendo Salud Mental es un plan de trabajo cuyo objetivo es mejorar la salud mental de nuestro país, a través de ordenar, priorizar y materializar, en el corto y mediano plazo, acciones e intervenciones que den respuesta a las deficiencias estructurales, así como oportunidades de mejoras por medio de la gestión y distribución de recursos presentes en los servicios de atención y en la identificación, dimensión y control de los determinantes sociales de la salud mental de la población.

Todas estas acciones buscan sentar las bases para un desarrollo coherente y significativo durante todo el gobierno del presidente Gabriel Boric y ser congruentes con las prioridades establecidas por la OPS/OMS y con el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 vigente. El desarrollo de las acciones comprometidas será monitorizado anualmente durante este periodo, y su evaluación final permitirá conectarlas con el desarrollo del nuevo Plan de Salud Mental 2026-2034.

Este documento tiene como población objetivo a los tomadores de decisión de los distintos órganos del Estado y a los técnicos de los distintos niveles de gestión. A continuación, se describen cada una de las cinco líneas de acción estratégica ya mencionadas, junto con los componentes clave de cada una y un breve resumen de sus principales avances a la fecha. Esto constituye la base del plan **Construyendo Salud Mental**.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: FORTALECER EL LIDERAZGO, LA GOBERNANZA Y LAS ALIANZAS MULTISECTORIALES, E INTEGRAR LA SALUD MENTAL EN TODAS LAS POLÍTICAS

Para dar gobernanza a un tema complejo y que involucra una multiplicidad de actores relacionados con la salud mental se ha constituido una Secretaría Técnica, instancia al interior del MINSAL, que coordina los esfuerzos y hace seguimiento de los avances del plan **Construyendo Salud Mental**. Esta instancia es apoyada por un Comité de Apoyo a la Implementación, cuyo funcionamiento es permanente, y que está constituido por los tres gabinetes ministeriales y las unidades técnicas en salud mental del MINSAL. El Comité de Apoyo a la Implementación gestiona cotidianamente la agenda sectorial de salud mental priorizada, monitoriza eventos contingentes y alinea los esfuerzos de ambas subsecretarías y sus equipos técnicos en el marco de la política de Salud Mental. Así, esta forma de gobernanza¹⁴ ha permitido recoger lo avanzado y construir con todas y todos los actores las mejores formas de abordaje de las prioridades técnicas y políticas, además de ordenar el trabajo bajo lineamientos claros. Asimismo, la Secretaría Técnica y el Comité de Apoyo a la Implementación han facilitado la interlocución del MINSAL con otros ministerios y otros sectores que, considerando la importancia transversal de la salud mental, deben estar involucrados.

Es importante destacar que toda la construcción operativa descrita para los temas de gobernanza y liderazgo está basada en el principio básico de participación social que se ha mencionado en los antecedentes de este documento, tanto como un elemento técnico-sanitario, como en su rol central como sustento de la democracia.

¹⁴ Para diagrama de estructura de gobernanza propuesto, ver el ANEXO 2: GOBERNANZA MINSAL

Junto a ello, se vienen alineando los Compromisos de Gestión (COMGES) de la red asistencial pública en el área de salud mental, lo cual se materializa en el COMGES N°7 "Fortalecimiento de la salud mental". Los objetivos de este compromiso se desagregan en: (a) generar un catastro de las estrategias de evaluación y mejora continua actualmente vigentes en los 29 servicios de salud del país, (b) fortalecer el diagnóstico de funcionamiento de centros de APS y especialidad ambulatoria, en función de los elementos clave del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, en el contexto del proceso de recuperación de la actividad asistencial, (c) potenciar los mecanismos de articulación y acompañamiento técnico entre la meso y micro gestión, y (e) elaborar planes de mejora continua del funcionamiento de la red temática en salud mental de cada servicio de salud en el país en APS y especialidad ambulatoria. En resumen, se busca que todos los servicios de salud del país cuenten con un buen diagnóstico de su funcionamiento y una planificación de mejora continua en el área de salud mental.

Si bien no se presenta en este documento, es importante destacar la próxima publicación de la Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia, que se encuentra en fases finales de su proceso de elaboración. Esta Política tiene como propósito desarrollar líneas estratégicas para resguardar el derecho a la salud mental de toda niña, niño y adolescente que vive en el país, a través de estrategias intersectoriales de promoción de factores protectores, prevención e intervención temprana de factores de riesgo, y atención oportuna y equitativa a los problemas y trastornos de salud mental infantil y adolescente.

Hay entonces dos áreas de trabajo relevantes dentro del modelo de gobernanza del plan **Construyendo Salud Mental**: por un lado, el desarrollo de una Ley de Salud Mental Integral, y por otro la línea de participación social a través del Consejo Asesor. Éstas permiten dar cumplimiento al Programa de Gobierno y al Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, que deberá iniciar su proceso de actualización hacia el fin del mandato gubernamental.

Ley de Salud Mental Integral

El país tiene una deuda en la protección de la salud mental y en la implementación de marcos normativos adecuados que permitan implementar las acciones para su cuidado. Dichas acciones deben considerar, además, la importancia de garantizar la protección de derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, reconociendo lo doloroso que resulta la experiencia en casos de vulneración de estos principios rectores(52,53).

Hoy contamos con décadas de experiencias en relación con legislaciones de salud mental en el mundo. La OMS recomienda a los países contar con leyes de salud mental incorporando en ellas 5 componentes mínimos(54): (a) modelo de salud mental comunitario, (b) promoción de la capacidad jurídica, (c) prevención de las prácticas coercitivas, (d) procedimientos de recursos y quejas y (e) inspecciones periódicas en servicios de salud mental. Esto, además de tres consideraciones para su implementación: (a) contar con un organismo independiente que evalúe el cumplimiento de normas de DDHH, (b) realizar inspecciones periódicas y (c) responder sistemáticamente a las quejas y observaciones.

Los países que han sido exitosos en la protección de derechos de su población en esta materia han llevado a cabo procesos de transformación de sus políticas sociales, de aseguramiento amplio de la salud mental y el bienestar, y de implementación de estrategias de provisión de

servicios, generando procesos de desinstitucionalización y de desarrollo de redes comunitarias de atención y cuidados(55).

En mayo de 2021 se publicó la Ley N°21.331 “Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental” que, si bien es un avance en diversas materias, tiene algunas dificultades que se deben subsanar de forma urgente. Dicha normativa limita su alcance específicamente a acciones orientadas a la provisión de servicios de atención de salud mental y su regulación, sin avanzar en el desarrollo escalonado de servicios basados en el modelo de salud mental comunitario, ni en materias de incremento de financiamiento. Al mismo tiempo, no incluye aspectos legales como el reconocimiento de capacidad jurídica y mecanismos para su ejercicio, o la regulación del uso de coerción en establecimientos cerrados, dejando un vacío en materia del estándar que deben tener los tribunales que revisan los procedimientos relacionados.

Junto a esto, existen aspectos recomendados internacionalmente que no están comprendidos en esa legislación, no cumpliendo, por ejemplo, mínimos establecidos por la OMS. Entre otros se puede mencionar el énfasis en aspectos declarativos en detrimento de materias prácticas o condiciones de implementación, la falta de un marco de acción respecto de desinstitucionalización de pacientes, o la ausencia de responsabilidades intersectoriales en la protección de la salud mental.

Chile requiere, por tanto, una Ley de Salud Mental Integral, que a) complemente la Ley N°21.331, b) permita potenciar el desarrollo de la red bajo el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, c) asegure su adecuado financiamiento y d) establezca compromisos interministeriales para incorporar a la salud mental en todas las políticas. Constituir una coordinación interministerial de salud mental recoge la recomendación de la OPS/OMS en su Política para Mejorar la Salud Mental(6), promoviendo una orientación que impulse el desarrollo social, económico y de salud en la población.

Actualmente se está elaborando un Proyecto de Ley Integral de Salud Mental, de acuerdo con lo comprometido en el Programa de Gobierno y que el Ejecutivo espera presentar al Congreso durante el presente año legislativo 2024. Este proyecto incorpora recomendaciones y estándares internacionales en cuanto a legislación en salud mental, experiencia y propuestas relevadas por actores de la sociedad civil y equipos técnicos durante años de trabajo y desarrollo, la opinión obtenida de la ciudadanía organizada y no organizada levantada a través de la metodología de “Diálogos Ciudadanos por la Salud Mental” y temas propuestos por distintos legisladores con el fin de avanzar en un gran acuerdo país. El sentido de avanzar hacia una Ley Integral de Salud Mental responde a las siguientes aspiraciones: (a) proteger el bienestar y la salud mental de la población con un enfoque promocional y preventivo, (b) mejorar el acceso a servicios de salud mental de calidad y oportunos, especialmente para aquellos en situaciones más vulnerables (c) proteger el desarrollo de una agenda permanente de acciones de estado de promoción y prevención en salud mental, e inclusión social de aquellos con problemas de salud mental, (d) promover un cambio cultural sobre salud mental, que permita a las personas acceder a información, y disminuya el estigma y la discriminación y (e) respetar los derechos fundamentales de las personas con problemas de salud mental en los servicios y en la comunidad.

Consejo Asesor en Salud Mental y participación social

Chile cuenta con una brecha de participación social en la construcción de políticas públicas en relación con la salud mental. Por ello, se constituyó el primer Consejo Asesor en Salud Mental¹⁵, que busca representar la diversidad ciudadana, con especial foco en personas relacionadas con la salud mental ya sea por experiencia o por formación, y que está conformado por representantes de la sociedad civil y expertos, quienes acompañan el desarrollo de políticas públicas y la discusión legislativa en la materia de salud mental.

Este Consejo ya se encuentra sesionando regularmente y ha participado en la elaboración y/o revisión de iniciativas y documentos técnicos (por ejemplo, participó en la revisión e hizo recomendaciones para el reglamento de hospitalización psiquiátrica asociado a la Ley 21.331) y en instancias internas de revisión y análisis sobre el trabajo sectorial (por ejemplo, la asistencia a la Jornada Nacional de Salud Mental 2023 convocada por los tres equipos de salud mental del MINSAL)

Durante el año 2023, el Consejo trabajó en su procedimiento general de funcionamiento, el cual se encuentra próximo a su publicación.

Avances a la fecha

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: FORTALECER EL LIDERAZGO, LA GOBERNANZA Y LAS ALIANZAS MULTISECTORIALES, E INTEGRAR LA SALUD MENTAL EN TODAS LAS POLÍTICAS

- Se cuenta con un cronograma de trabajo mediante el cual se espera presentar el Proyecto de Ley Integral de Salud Mental durante el actual año legislativo.
- Se obtiene un aporte financiero de Banco Interamericano de Desarrollo (220 mil dólares) para realizar tres consultorías vinculadas al Proyecto de Ley, que incluyen: (a) apoyo en la ejecución de diálogos ciudadanos y del Seminario Internacional de Salud Mental y Legislación, (b) apoyo en la identificación/recomendación de modelos de financiamiento para salud mental, (c) síntesis de evidencia de políticas pública que se consideren necesarias. Además, durante 2023 se trabajó con un consultor experto en materias legislativas en revisión y elaboración de insumos necesarios para el proceso de elaboración del Proyecto de Ley.
- Se oficializa la participación efectiva del Consejo Asesor en instancias técnicas del MINSAL y se planifica continuar el trabajo conjunto a corto plazo en temas como salud mental de población LGBTI+, la actualización de Norma Técnica para Uso de Terapia Electroconvulsiva y el rediseño de la atención de salud en la APS.
- Se asigna prioridad a acciones habilitantes que permitirán la implementación de la futura Ley, como por ejemplo destinar presupuesto a procesos de desinstitutionalización de 160 personas desde hospitales psiquiátricos que se espera realizar entre el año 2024 y 2025 y la publicación del reglamento sobre hospitalización psiquiátrica, bajo el amparo de la Ley N°21.331.

¹⁵ Decreto Exento N°43, de fecha 9 de junio de 2022.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A LA SALUD MENTAL Y AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

La atención oportuna, cercana y de calidad de personas con problemas de salud mental es primordial para la ciudadanía. Muchos esfuerzos se han desplegado durante años para avanzar en este sentido. Ejes, como el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental ya mencionado y el respeto a los derechos humanos, a través de distintos instrumentos normativos, se han transformado en piedras angulares de la provisión de servicios de salud mental.

El plan **Construyendo Salud Mental** incorpora acciones concretas para asegurar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las prestaciones, tanto en APS como a nivel de especialidad, así como estrategias innovadoras e integrales de atención, dando continuidad y coordinando las distintas acciones de acuerdo con los nuevos énfasis y propuestas del Programa de Gobierno, incluyendo los aprendizajes obtenidos de la pandemia y el contexto histórico.

En esta línea, se incluyen por un lado la ampliación de la disponibilidad y accesibilidad a servicios en tres ámbitos: APS, nivel de especialidad y fármacos, incorporando además la formación de recursos humanos para ello; y por otro, la preocupación por diferentes elementos de la calidad de las prestaciones que se entregan.

Disponibilidad y accesibilidad de servicios de Salud Mental en APS

La iniciativa de Mejoramiento de la Atención de Salud Mental en APS busca abordar algunos de los principales problemas detectados en la calidad de la atención en salud mental APS de nuestro país ¹⁶, a saber:

- Baja cobertura de atención en programas del sector público (cerca de 20% de la prevalencia estimada para población general). Es una estimación gruesa, que no considera la producción del sector privado para personas del Fondo Nacional de Salud (FONASA) u otros sistemas de cobertura financiera.
- Baja concentración de actividades asistenciales por persona (4 al año en promedio para personas en control y tratamiento)¹⁷.
- Escasas atenciones grupales que tengan énfasis comunitario¹⁸.
- Largos tiempos de espera para ingresar a control y entre controles.
- Escaso monitoreo de los resultados del tratamiento.
- Plan de cuidados no consensuado con el usuario.

¹⁶ Indicadores contruidos en base a Registro Estadístico Mensual (REM).

¹⁷ Es complejo hacer una generalización debido a que un óptimo clínico es muy variable según la categorización de los tipos de casos, Según las orientaciones técnicas del "Índice de actividad atención primaria de salud" (IAAPS 2023, versión N°1, marzo 2023) el compromiso se encuentra consensuado en 8 controles. Sin embargo, evidencia internacional en casos arquetípicos utiliza valores más cercanos a 12.

¹⁸ La necesidad de vincular las atenciones grupales con los recursos de la comunidad, es decir, como se relacionan los espacios grupales en APS con los activos comunitarios (juntas de vecinos, espacios de encuentro comunitario, organizaciones medioambientales, culturales, etc.). Esto permite mejorar aspectos de costo relacionado a la atención, pero también puede influir en los resultados clínicos de la atención.

Para dar respuesta a estas problemáticas se han formulado y organizado una serie de acciones para que las personas usuarias puedan obtener mejoras perceptibles durante su proceso de atención. La estratificación y provisión de servicios oportunos de acuerdo con el nivel de complejidad o cuidados requeridos son parte estructural de la presente estrategia. Una definición y caracterización de este modelo de abordaje se explicita más adelante en el apartado sobre calidad dentro de esta misma línea.

Estas acciones se iniciaron en 40 Centros de Salud Familiar (CESFAM) el año 2020, ampliándose a 80 establecimientos adicionales el año 2023, con una expansión cercana a 2 mil millones de pesos. Se proyecta ampliar a la totalidad de los establecimientos CESFAM el año 2026, dependiente de disponibilidad presupuestaria anual.

Disponibilidad y accesibilidad a servicios de Especialidad en Salud Mental

Para aumentar el acceso de la población a la oferta de atención de especialidad en salud mental, se ha generado un Plan de Inversión Pública en Establecimientos de Salud Mental, acorde al Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Este plan entrega condiciones estandarizadas en cuanto a infraestructura, recursos humanos y equipamiento a los equipos de salud mental, al mismo tiempo que traza una hoja de ruta que permite generar las condiciones materiales para la implementación del Modelo Comunitario de Salud Mental.

En este plan se consideran los recursos de inversión necesarios para la construcción de nuevos centros, y para la transformación o normalización de la infraestructura, recursos humanos y equipamiento de los Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM). También incorpora en este proceso la actualización de Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, Unidad de Tratamiento Intensivo y Rehabilitación Intensiva en Hospitales y dispositivos para personas con demencia ajustados a los nuevos modelos de gestión, y la incorporación de nuevos proyectos con este estándar en cada uno de ellos.

Se espera la construcción y/o habilitación de al menos 15 Centros de Salud Mental Comunitaria y una expansión de camas sobre el 50% de la oferta actual. En total, se trata de más de 80 proyectos de inversión que se espera que al fin del gobierno se encuentren en distintas etapas de desarrollo.

Atención ambulatoria de salud mental

Una gran parte de la demanda de atención por problemas de salud mental puede y debe ser atendida en lugares cercanos a los territorios, con intervenciones de mayor cobertura y a menores costos. En general, estas consideraciones son las que se deben tener en cuenta al plantear el acceso a prestaciones de salud mental de carácter ambulatorio.

Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM)

En línea con lo señalado en el Programa de Gobierno, y en consonancia con el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, al año 2026 se espera que estén en funcionamiento 15 nuevos COSAM. Además, se estima que al menos otros 23 proyectos de COSAM se encontrarán en etapa de ejecución al año 2026 dentro de este Plan de Inversiones, los que están siendo elaborados en varios servicios de salud del país.

Dispositivos para Personas con Demencia

A partir del 2023 y durante este año 2024 se revisará el modelo de atención en red y continuidad de los cuidados que permitirá avanzar en el cierre de brechas de especialidad para personas con demencia, tanto en diagnóstico como tratamiento. Además, se trabajará en la puesta en marcha de Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia considerando el presupuesto para el año 2024. Este trabajo será llevado a cabo por un Consejo Técnico Asesor con representantes del MINSAL y expertos, para evaluar las alternativas que permitan avanzar en esta línea.

Hospitales de Día¹⁹

Al año 2023 existen 49 Hospitales de Día Adulto, equivalente a 803 plazas y 13 Hospitales de Día infanto-adolescente, con 197 plazas. Si se considera como estándar lo establecido en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, que propone 1 plaza de Hospital de Día Adultos por cada 3.500 habitantes y 1 plaza infanto-adolescente por cada 7.500, la brecha en el caso de los adultos sería de 2.340 plazas y en el caso infanto-adolescente de 413 plazas.

Para el año 2026 se espera haber implementado 132 nuevas plazas de Hospital de Día Adultos, es decir, un aumento de 14% sobre la oferta actual. Para población infanto-adolescente se habrán implementado 20 nuevas plazas de Hospital de Día infanto-adolescente, es decir, un aumento de 10% sobre la oferta actual.

Atención remota

La evidencia destaca el apoyo de los profesionales de la salud a través de estrategias de cuidado de salud mental digitales o remotas en patologías de mediana o alta complejidad, particularmente el importante efecto en personas con mayor gravedad de síntomas(56).

Actualmente, en Chile, se entrega atención en salud mental de especialidad mediante estrategias de atención remota en conjunto con el Departamento de Salud Digital del MINSAL, contratando especialistas en psiquiatría adulto, pediátricos y adolescentes, para aquellos territorios que presentan mayores brechas de atención, asociadas a listas de espera prolongada para consulta nueva de médico psiquiatra o dificultades en la continuidad de atención en salud mental por falta de horas de especialista en la red asistencial. La telemedicina puede mejorar el acceso al reducir barreras geográficas, gastos de viaje, y reducción de los tiempos de espera, llegando a poblaciones desatendidas y permitiendo la continuidad de la atención(57).

Los médicos especialistas del Hospital Digital se integran de manera telemática a los equipos de especialidad del territorio, participando en prestaciones tales como ingresos, controles o consultas abreviadas. Tienen también un rol fundamental en las reuniones e instancias de análisis clínico y de discusión del funcionamiento de la red específica, con el objetivo que conozcan los protocolos, flujos de la red, recursos disponibles, organización territorial, entre otros aspectos que inciden en la dinámica de funcionamiento de un determinado centro o servicio de salud del país.

¹⁹ Es un punto de atención de hospitalización diurna, especializada, integrada a la red temática de salud mental que brinda atención a personas adultas y adolescentes en período de agudización de su cuadro clínico o en proceso de transición desde la hospitalización cerrada, lo que hace necesario un abordaje terapéutico intensivo de forma temporal, otorgado por un equipo transdisciplinario. Se encuentra, situado en la comunidad para facilitar el acceso diario de las personas y su red de apoyo., Puede estar adosado a un hospital general u otro dispositivo sanitario.

Las prestaciones se realizan a través de la plataforma de videollamada de Hospital Digital y los registros clínicos se completan en la ficha electrónica que posea el establecimiento. Resulta importante destacar que el uso de estas plataformas digitales cuenta con las condiciones necesarias de seguridad y resguardo de información del paciente(58).

En la misma línea de la integración y colaboración, se espera que parte de las actividades de los especialistas de los servicios de salud del país sea asesorar a los equipos territoriales no especialistas, sobre todo a los equipos de APS mediante consultoría, para analizar elementos del diagnóstico, indicaciones de tratamiento y discusión general respecto de las situaciones clínicas, siguiendo las indicaciones ministeriales adecuadas a la modalidad de consulta a distancia. Adicionalmente, se considera su participación en instancias clínico-administrativas, priorizándose la participación en los comités de ingreso a Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) y/o los Equipos de Psiquiatría de Enlace.

Atención Cerrada en Salud Mental

El requerimiento de terapias intensivas para patologías severas y/o descompensaciones se puede dar de mejor forma en ambientes hospitalarios por periodos acotados de tiempo. A continuación, se presentan los tipos de unidades de hospitalización que se desarrollarán y fortalecerán, con una mención especial al proceso progresivo de transformación de los hospitales psiquiátricos.

Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP)

La UHCIP es la unidad encargada de proveer cuidados intensivos en salud mental y psiquiatría, tanto a población adulta como infanto-adolescente que, dada su situación de salud, requiere de procedimientos de profundización diagnóstica, evaluación, estabilización o tratamiento en un ambiente terapéutico seguro, o que en algún momento de su enfermedad presenta descompensación de su cuadro clínico, constituyendo un riesgo para sí mismos o para terceros, incluso vital. Se proporciona atención integral de alta intensidad con cuidados de enfermería durante las 24 horas, por un periodo no superior a 60 días. La atención es efectuada en un estricto marco de respeto a los derechos humanos, adscrito al modelo de salud mental comunitaria, por un equipo interdisciplinario con altas competencias técnicas y humanas. En general, las UHCIP de adultos han sido definidas con un máximo de 24 camas, pero en algunos casos se ha limitado a 20 camas por temas de espacio disponible.

En esta línea, el Plan Nacional de Salud Mental 2017 -2025 propone “Mejorar el acceso oportuno y pertinente, con enfoque de derechos humanos, a la atención intensiva tanto ambulatoria como cerrada de especialidad” y establece como meta: “... todos los proyectos hospitalarios de mediana y alta complejidad en etapa de diseño incorporan UHCIP adulto e infanto-adolescente de acuerdo al modelo de gestión y diseño de su red” situación que ya se encuentra en régimen desde el año 2022 todo hospital de mediana y alta complejidad.

Al año 2026 se espera que se incorporen 115 nuevas camas UHCIP para población adulta, es decir un aumento de 12% sobre la oferta actual; y 113 nuevas camas UHCIP para población infanto-adolescente, es decir, un aumento de 50% sobre la oferta actual, muy cerca de cerrar la brecha nacional calculada en 152 camas.

Además del desarrollo de dispositivos, se están haciendo esfuerzos para mejorar el funcionamiento de las UHCIP ya existentes, en ámbitos como la implementación del modelo, las condiciones de infraestructura y personal con foco en el cierre de la brecha de seguridad de la atención, entre otros, para ofrecer mejores cuidados a la población que requiera de estos servicios.

Es pertinente mencionar aquí la importancia del trabajo colaborativo que se debe realizar con el sector de justicia, con el objetivo de prevenir y evitar la judicialización de casos y hospitalizaciones indicadas por la autoridad judicial, y que hoy significan un uso relevante de este recurso.

Unidad Hospitalaria de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva (UHTIRI)

Estas unidades corresponden al modelo de gestión vigente para las antiguamente conocidas Unidades de “Mediana Estadía” (entre año 2000 y 2017). Se trata de unidades clínicas de atención cerrada, instaladas en hospitales psiquiátricos, con cuidados las 24 horas, que brindan atención a población adulta que presente un trastorno psiquiátrico severo, con alta complejidad clínica, psicosocial y refractariedad. Brindan tratamiento integral y rehabilitación intensiva, con un tiempo de permanencia entre 3 meses y un año. Excepcionalmente, la permanencia podrá prolongarse por dos periodos de seis meses hasta completar dos años, para lo cual se solicita el acuerdo de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, o de su expresión de nivel Regional. En su concepción, se encuentra la posibilidad de otorgar alternativa de desinstitucionalización de pacientes con hospitalizaciones muy prolongadas.

Transformación de Hospitales Psiquiátricos

Mención especial requiere el proceso de transformación de los hospitales psiquiátricos que requieren nuevos modelos de gestión, incluyendo su adecuada implementación en cada una de sus unidades. Actualmente no se han definido procesos de evaluación de estos modelos, requiriéndose un plan de implementación para todas las nuevas unidades en atención cerrada que han empezado a desarrollarse progresivamente en los hospitales.

Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel

El proceso de transformación de Hospital Philippe Pinel ha implicado la adecuación de sus infraestructuras, el desarrollo de un nuevo modelo de gestión que se traduce en la implementación de los modelos de atención de UHCIP y UHTIRI, la desinstitucionalización de personas de las unidades de “larga estadía” y su ajuste a los desarrollos de la salud mental comunitaria. Es un proceso vivo y de continuos ajustes pero que ya comienza a mostrar sus frutos, avanzando en la incorporación del enfoque de derechos y la planificación centrada en la persona. Con la implementación de 4 Residencias de Alta Intensidad de Apoyos en Aconcagua (ver más adelante), se espera desinstitucionalizar a 40 personas, lo que permitirá el desarrollo de 2 UHTIRI en el Hospital. Así, los pacientes podrán egresar de “largas estadías” y se da cabida a pacientes que requieren proceso de tratamiento y rehabilitación intensiva que no son factibles en las UHCIP.

Hospital Psiquiátrico Del Salvador

A partir de un diagnóstico de necesidades no satisfechas con el equipo del hospital, se incorporaron 30 cargos de Enfermería, Técnico en Enfermería Nivel Superior (TENS), Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional y Auxiliares, según estándar de recursos humanos del modelo UHCIP, para cerrar las brechas más urgentes con el objetivo de garantizar la seguridad de pacientes y funcionarios. Se contempla el ajuste de 40 camas, que actualmente funcionan como "corta estadía"²⁰, al modelo UHCIP de adultos y la incorporación del recurso humano correspondiente acorde a este modelo, que se calcula en relación con la oferta actual y la brecha, proceso que se debe seguir desarrollando en los años venideros hasta ajustar la totalidad de la oferta a los modelos vigentes. Esta transformación implica el desarrollo de un nuevo modelo de gestión del Hospital Psiquiátrico del Salvador, según los nuevos estándares de atención cerrada en psiquiatría. Se debe destacar que durante el año 2022 se recuperó el convenio con el Gobierno Regional (GORE – MINSAL), aplazado durante la pandemia, y que permitía una fuente de financiamiento alternativa con foco en mejoras críticas de infraestructura y equipamiento del hospital.

Hospital Psiquiátrico El Peral

La mesa de trabajo para abordar los problemas del Hospital El Peral se inició en septiembre de 2022, y actualmente está finalizando la etapa de diagnóstico participativo. Posterior a esta etapa corresponde el desarrollo e implementación del modelo UHTIRI en 40 camas, ligado a la desinstitucionalización de alrededor de 30 personas en situación de "larga estadía". Se contempla que estas personas tengan una oferta residencial adecuada en la comunidad a través de las nuevas residencias de alta intensidad de apoyos en el territorio del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Servicios Residenciales de Alta Intensidad de Apoyos

Son dispositivos residenciales de alta intensidad en apoyos para personas adultas en situación de discapacidad de origen mental, que no cuentan con red familiar o social efectivas y que requieren apoyos extensos y generalizados insertos en la comunidad, potenciando su autonomía, vinculación con el entorno en condiciones de seguridad y resguardo pleno de sus derechos.

Esta estrategia no corresponde propiamente a proyectos de inversión, ya que se implementan a través de compra de servicios (Subtítulo 22) e incluye el arriendo de casas; si bien no se construyen nuevas residencias, se aumenta la oferta de infraestructura y equipos de nivel residencial para la desinstitucionalización de personas que viven en hospitales psiquiátricos, clínicas en convenio u hospitales generales, sin cumplir criterios clínicos de hospitalización. Esto implica la implementación de 16 Residencias con capacidad máxima de 10 personas, permitiendo la externalización de alrededor de 160 personas en 2024, lo cual representa cerca de un cuarto del total de personas en institucionalización de larga data que se mantienen en el país²¹.

²⁰ Según el modelo año 2000, centrado en la duración de la hospitalización.

²¹ El número total es variable y difícil de obtener precisamente debido a las distintas formas administrativas que se configuran en las "largas estadías", incluso más allá de hospitales psiquiátricos, como es el caso de hospitales generales y clínicas en convenio.

Formación y capacitación de recursos humanos para la atención en Salud Mental

Los trabajadores del área de la salud son fundamentales para establecer sistemas sanitarios sólidos y representan la mayor parte de la carga presupuestaria de los sistemas de salud en el mundo. En particular en salud mental, donde gran parte de la terapéutica descansa en las relaciones interpersonales, la formación integral a través del ciclo de vida de los trabajadores de la salud resulta de la mayor relevancia.

Recursos humanos en APS

Los trabajadores de la APS serán un foco primordial, considerando su rol central en el despliegue de la red de atención y ayuda, y particularmente, en el primer contacto con las personas, familias y comunidades. En ese sentido, y reconociendo la importancia de entregar cuidados integrales e integrados a las personas, se está trabajando en la transversalización de la salud mental en la APS a través de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas (ECICEP)²², modelo que busca organizar las acciones sanitarias en general en función de las necesidades particulares de cada persona, más que de las posibilidades y definiciones de los propios servicios, mejorando la efectividad del abordaje de los problemas de salud de los usuarios.

Una iniciativa basal para este fin es el desarrollo e implementación de la estrategia **mhGAP** (*Mental Health Gap Action Programme*)²³ de la OPS/OMS. Se espera que para el año 2024, el 100% de los trabajadores de salud de centros de APS estén capacitados (cerca de 80.000 funcionarios) para realizar consejerías, acogida psicosocial, detección de problemas de salud mental, determinar el más adecuado canal para continuar la atención y, por supuesto, dar una respuesta inicial. De esta manera, el equipo del centro de salud de APS, desde sus distintos roles, y aprovechando la oportunidad de la atención en cada uno de los espacios de la APS, estará capacitado para las acciones descritas, lo que mejorará la atención de miles de personas en relación con sus necesidades en salud mental.

En este mismo sentido, es importante generar la vinculación y el traspaso de información entre el sistema de salud común y el sistema de salud laboral, con el fin de optimizar la cobertura del seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales. Para ello, es necesario capacitar al personal de salud para realizar la pesquisa y orientación de aquellos trabajadores que consulten en establecimientos de salud de la red y cuyas patologías o dolencias puedan tener un origen laboral. Esto contribuiría a mejorar el correcto uso de los sistemas de salud por parte de la población y de los recursos asociados a las prestaciones y subsidios por incapacidad laboral.

²² Este modelo de atención de salud general permite entregar cuidados a las personas según sus necesidades, abordando los riesgos de salud, brindándoles seguimiento a distancia en los casos necesarios y controles con una duración más prolongada en los que se evalúan a las personas en su integralidad.

²³ La OMS puso en marcha en el año 2008 este programa, cuyos objetivos principales son fortalecer el compromiso de los gobiernos, los organismos internacionales y otros interesados directos de aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos mentales y lograr una cobertura mucho mayor con intervenciones clave en los países de ingresos medianos y bajos.

Recursos humanos para Especialidad en salud mental

Durante el año 2023 se inició un proceso de evaluación de los requerimientos de dotación de profesionales especializados en los ámbitos de la salud mental, en función de la programación de los dispositivos contemplados en la cartera de servicios en funcionamiento, y de inversiones de especialidad anteriormente citada. Se contará con personal de salud, suficiente y adecuado, con las competencias necesarias para atender las redes asistenciales de salud mental, teniendo en consideración los modelos de gestión, la nueva cartera de prestaciones, y la infraestructura que se construya.

La estimación de personal se realiza por estamentos: médicos psiquiatras adulto e infanto-adolescente, químicos farmacéuticos, profesionales de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicopedagogos, técnicos sociales en rehabilitación, enfermería y farmacia. Se contempla no solo la incorporación de nuevo personal, sino la normalización de las condiciones contractuales del equipo de salud vigente, cerrando brechas de personas y asignaciones.

De acuerdo con el informe “Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, Brechas por Servicio de Salud y Especialidad”(59), se estima para el periodo 2022-2025 una brecha de 7.000 cargos de jornada completa de profesionales no médicos y de 857 cargos de psiquiatra (entre adultos e infanto-adolescente). Esta brecha aumentaría significativamente considerando el inicio de los proyectos asociados a la línea de Salud Mental.

Es necesario, entonces, resolver estas brechas cuantitativas y cualitativas, teniendo en cuenta los ritmos y urgencias que impone el desarrollo de las ampliaciones en infraestructura que ya están en proceso. Para ello es imprescindible definir una estrategia integral de desarrollo de recursos humanos en salud mental, que en el área de gestión de recursos humanos y de formación, educación continua y capacitación, articule del modo más sinérgico las modalidades de trabajo y recursos que actualmente están disponibles o potencialmente disponibles, y que dé lugar a nuevas modalidades que complementen las ya existentes.

El plan ministerial de formación de especialistas para la Salud, se orientará a cumplir con los objetivos de **Construyendo Salud Mental**, a través del fortalecimiento de los sistemas de inducción, educación continua y formación de recursos humanos, lo que permitirá: (a) definir las brechas de competencias actuales de los equipos de APS y especialidad abierta y cerrada, (b) el ajuste de las estrategias existentes según la definición de brechas y los desafíos del plan, y (c) el diseño de innovaciones que posibiliten el traspaso de competencias a los equipos de salud.

Formación de especialistas médicos

En el periodo 2023-2025 se proyecta el ingreso al sector de un total de 211 profesionales médicos especialistas en psiquiatría (150 especialistas en psiquiatría adulto y 61 en psiquiatría pediátrica y de la adolescencia). En cuanto a la asignación presupuestaria (Subtítulo 21) asociada a iniciativas de salud mental, en los años 2020-2021 se han distribuido un total de 815 cargos (94 cargos para profesionales Ley N°19.664 y 721 para los cargos de la Ley N°18.834). Dentro de las iniciativas desarrolladas se encuentran: atención cerrada en salud mental (Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría, Hospital de Día de Salud Mental, Equipo de Psiquiatría de Enlace), GES de demencia, acuerdo nacional por la infancia, entre otras.

Al mismo tiempo, se realizará un trabajo conjunto con las universidades para el aumento de la formación en salud mental respecto de la matrícula actual puesta a disposición de los procesos de selección ministeriales. Así, el objetivo es llegar a financiar durante el año 2024 los 119 cupos de psiquiatría adultos y los 41 cupos de psiquiatría infantil y de la adolescencia que las universidades actualmente imparten, así como la búsqueda de nuevas estrategias para ampliar dicha capacidad formadora universitaria de manera coordinada y acorde a las necesidades del sector público de salud. Junto con esta abogacía, la Unidad de Salud Mental de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) del MINSAL deberá articular, en conjunto con los servicios de salud del país, mejoras de sus redes asistenciales que potencien su rol como escenarios formativos, indispensables para este fin.

Finalmente, también se actualizará la estrategia de los Polos Docentes-Asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental enunciada en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Esta estrategia que, en su primera fase permitió desarrollar 3 nuevos programas de formación de especialistas en armonía con el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, constituye una plataforma para abordar integralmente y con pertinencia territorial los aspectos de formación, educación continua y capacitación, de médicos, profesionales y técnicos, en salud mental. Esta actualización considerará primeramente el Servicio de Salud Talcahuano, en el cual se dan las condiciones apropiadas como área piloto, para luego continuar con otros servicios de salud del país.

Educación continua

Dentro de las estrategias que se proponen para el corto plazo se encuentran la definición de brechas de competencias de los profesionales de los equipos de salud mental de especialidad y la elaboración de un plan de educación continua para el cierre de brechas prioritarias a 3 años plazo, comenzando con actividades específicas en el segundo semestre del año 2023. Junto a ello, se pretende establecer actividades de educación continua en salud mental para los médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF) que se encuentran actualmente en destinación y que tienen a cargo jefaturas de programas de salud mental, con el objetivo de asegurar la adquisición de competencias suficientes que permitan potenciar el desempeño de esta función.

En estrategias para el mediano y largo plazo, se propone implementar actividades de perfeccionamiento de 6 meses a 1 año de duración en salud mental para pediatras, médicos de familia, y para médicos de urgencia, que posibilite una derivación más pertinente a la consulta de psiquiatría.

Disponibilidad y accesibilidad a fármacos de Salud Mental

Considerando que parte importante del abordaje de los problemas de salud mental requiere de terapia farmacológica, se fortalecerá la entrega de medicamentos para las patologías de salud mental. Para aquellos problemas de salud mental comprendidos en GES se disminuirán las barreras de acceso para asegurar la entrega oportuna y de la manera más cercana a las personas. En general estas barreras tienen que ver con la intermitencia en la disponibilidad en la red (debido a programación de compra subestimando la demanda por parte del hospital o servicio de salud), preferencias individuales de marcas específicas, o bandas horarias de entrega de medicamentos restrictivas, entre muchas otras.

Por otra parte, el gasto de bolsillo en salud cobra cada vez más importancia: en 2022 alcanzó cerca de un 30% del gasto total en salud, y alrededor de 24% de ese gasto es debido a la compra de fármacos(60). Para disminuir este gasto de bolsillo, a principios de 2023, en el marco de la Ley N°21.198, que autoriza la intermediación de medicamentos por parte de la “Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud” (CENABAST) a farmacias privadas e independientes y establecimientos de salud sin fines de lucro, se instruyó la incorporación de una canasta de medicamentos específicos para salud mental. Esta canasta consiste en un listado que contiene 59 productos farmacéuticos (principio activo, presentación y forma farmacéutica), lo que corresponde a 34 principios activos únicos, que incluye a los principales grupos de fármacos en esta línea: antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos y tranquilizantes, entre otros.

Esta política permite mejorar la disponibilidad y reducir precios de aquellos medicamentos adquiridos en farmacias privadas e independientes, mejorando así el acceso a medicamentos para las personas. Al mismo tiempo, al amparo de la Ley N°19.198, se refuerza que este conjunto específico de medicamentos también esté disponible en la red pública, ya que la Ley CENABAST exige que todo producto que se incorpore en la intermediación para las farmacias en convenio, esté disponible en el “Sistema Nacional de Servicios de Salud”.

Actualmente 48 medicamentos de salud mental de alto uso (de los 59 en lista) se encuentran intermediados y con bajo precio de venta. Entre febrero y octubre del año 2023 se han vendido más de 360 mil cajas de medicamentos, ahorrando en promedio, más de 1.200 millones de pesos para las personas. A inicios de noviembre de 2023 se estableció la primera alianza con grandes cadenas (Salcobrand), quienes incorporaron una canasta de salud mental con 11 medicamentos, lo que hará aumentar en más de 400 locales su disponibilidad a lo largo de todo el país. Se espera continuar con la implementación de la Ley CENABAST en 2024, llegando a los 59 medicamentos de salud mental intermediados.

Elementos de calidad de la atención de Salud Mental

Los estándares de calidad favorecen el impacto que las acciones definidas en las políticas públicas tienen en los objetivos para las que originalmente fueron diseñadas e implementadas. En este sentido, esos lineamientos optimizan el uso de recursos públicos, al mismo tiempo que mejoran la satisfacción del usuario externo (pacientes y familiares) e interno (funcionarios de la red de atención), incidiendo directamente en la aceptabilidad de las distintas intervenciones que se planteen.

En este apartado revisaremos los modelos de atención para la APS y las urgencias en general, así como para el nivel de especialidad que incluye sus diversas estrategias de enlace, de urgencias y las asertivas. Además, se expondrán consideraciones de calidad respecto a la aplicación de GES, a los derechos humanos en la atención en hospitales psiquiátricos, a la atención de personas LGBTI+ y a la implementación de la Ley N°21.545, que 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.

Modelos en Atención Primaria de Salud (APS) y en urgencias en general

Los modelos de atención son la forma en que se estructuran y entregan los servicios de salud mental. Existe aquí un amplio espacio de mejora, tanto a nivel de la calidad de atención en la red, como en especial del flujo de pacientes entre diversos dispositivos de atención e instituciones relacionados. Así, a partir de pilotos de modelos innovadores de gestión, se expandirán las mejoras que de allí se concluyan de manera progresiva a todo el sistema de atención de salud mental. Algunos avances en esta línea de trabajo se explicitan aquí.

Durante el año 2019 se inició en APS el trabajo para la mejora en la atención en salud mental con cinco centros piloto²⁴, también conocidos como demostrativos en su momento, que incluyen la puesta en marcha de distintas intervenciones.

Estos procesos son guiados por cinco principios rectores para su implementación y evaluación: a) oportunidad²⁵, b) preparación²⁶, c) orientación hacia terapias grupales²⁷, d) consentimiento²⁸ y f) evaluación de procesos y resultados²⁹.

Todo este avance ha sido construido en conjunto con los equipos de salud, e informado por la evidencia. Lo que se busca es reformular los espacios y estrategias regulares de APS a fin de favorecer el acceso, oportunidad y mejorar la calidad global del tratamiento en salud mental. Se reconoce el rol que tienen todos los agentes de salud (enfermera/a, matró/a, psicólogo, terapeuta ocupacional, TENS, médico general, etc.) y comunitarios, para resguardar y mejorar la salud mental de la población de sus territorios, así como también favorecer la recuperación y plena integración social. Esta estrategia de rediseño del modelo de atención es reconocida hoy como una experiencia pionera en reforzar la atención de salud mental en la APS, que surge en medio de una crisis sanitaria por la pandemia de COVID-19. El Banco Mundial ha conocido la iniciativa y se encuentra en proceso para definir potenciales apoyos que se generarán a nuestro país para fortalecerla. Por otro lado, OPS está evaluando la implementación, con un reporte planificado para inicios del 2024.

Junto a este rediseño del modelo de atención en APS, se han presentado otras iniciativas que incorporan el uso de teléfono y video llamada para atención remota en salud mental. La evidencia señala que los tratamientos que utilizan teléfono y video pueden reducir los síntomas

²⁴ El 2019 se inició el trabajo en 5 establecimientos en 3 comunas (Puente Alto, Pirque y San Antonio) y 2 servicios de salud del país (SSMSO y SSVSA): CESFAM Laurita Vicuña; CESFAM El Principal; CESFAM Balmaceda; CESFAM 30 de Marzo y CESFAM Diputado Manuel Bustos Huerta. A partir de 2023 eso se amplió a 40 establecimientos.

²⁵ Permite que las personas sean atendidas a tiempo y según su necesidad. Para ello, resulta central la aplicación universal de instrumentos de búsqueda activa y detección precoz en CESFAM y espacios comunitarios. Esta es la primera fase o hito para organizar el rediseño. En el mismo sentido, la estratificación, permite ofrecer a cada persona lo que necesita, según una categorización en base a su nivel de riesgo.

²⁶ Se espera que todo el equipo de salud esté preparado para abordar problemas de salud mental, basado en la entrega de cuidados integrales y centrados en las personas. Aquí es cuando cobra relevancia el programa de formación de competencias en salud mental basado en la estrategia mhGAP ya señalado.

²⁷ Se pretende resaltar la comunidad como espacio privilegiado para la construcción de la salud en acciones promocionales, preventivas y de tratamiento. En esta línea se inscribe la generación de espacios especializados para brindar estas prestaciones, por ejemplo, el proyecto de Domos de encuentro comunitario de salud mental.

²⁸ Se busca que los pacientes participen activa y permanentemente en la definición de su plan de tratamiento con los miembros de su equipo de salud.

²⁹ Se requiere de la evaluación y actualización periódica del Plan de Cuidados Integrales en conjunto con la persona usuario/a, junto con una "Re-administración" del instrumento de detección precoz que originó el ingreso para verificar la pertinencia de las acciones. Además, se requiere una evaluación del vínculo o alianza terapéutica sesión a sesión, a fin de retroalimentar proceso de atención y favorecer la adherencia al proceso.

relacionados con trastornos de salud mental y se ha descubierto que ambas modalidades no son diferentes a la atención en persona. Tanto el teléfono como el video son más convenientes para algunos pacientes. El video ofrece información visual importante que puede ser relevante para diagnosticar estos trastornos de salud mental. Sin embargo, el teléfono es más accesible y puede tener menos problemas tecnológicos. En el contexto de la atención de la salud mental, donde las señales no verbales están vinculadas a la sintomatología y el diagnóstico, y una vinculación entre el paciente y el terapeuta puede mejorar el tratamiento, se debe fomentar el uso de videos, especialmente para los servicios psicoterapéuticos. Sin embargo, dado que el teléfono es más accesible, también es recomendable que se utilice de manera flexible tanto el teléfono como el video(61).

En el ámbito de la atención regular de urgencias, se fortalecerá de forma progresiva el modelo de atención de salud mental en los dispositivos de APS de urgencia, como Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) o Servicios de Alta Resolutividad (SAR), incorporando a duplas psicosociales³⁰ al proceso de atención clínica de manera precoz. Además, se publicará el Modelo de Atención de Urgencias de Salud Mental en la Red General de Salud, que establece lineamientos y orientaciones generales como guía para los equipos de salud de urgencia de APS y emergencia hospitalaria. Esto viene a precisar e integrar las normativas vigentes, incluso aquellas más allá de lo relativo a salud mental, para los distintos estamentos involucrados en el abordaje de situaciones de urgencia por problemas de salud mental que se manifiesten con síntomas psiquiátricos y/o factores de riesgo psicosociales asociados. El objetivo es orientar el trabajo de los equipos hacia la detección temprana de las situaciones de urgencia descritas y hacia la entrega oportuna de cuidados de calidad, promoviendo la atención integral y continuidad de cuidados en red.

Modelos de atención de Especialidad

En el marco de los nuevos diseños de la red asistencial de los 29 servicios de salud del país, se implementarán estrategias de optimización y procesos de mejora de la gestión en salud mental, así como los proyectos de inversión ya mencionados para los siguientes 3 años.

Estrategias de enlace y en urgencias

Las estrategias de Psiquiatría de Enlace y de Psiquiatría en Urgencia buscan contribuir a la satisfacción de las necesidades en salud mental que presentan personas en Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) y aquellas hospitalizadas en servicios no psiquiátricos de hospitales generales, a través de un trabajo colaborativo con el equipo tratante. Esta estrategia presenta un impacto positivo al mejorar la calidad de la atención percibida por los usuarios, disminuir la morbilidad y mortalidad post alta en cuadros médicos específicos (como el delirium), optimizar la relación costo efectividad de las intervenciones clínicas y reducir el riesgo de las reconsultas o readmisiones.

³⁰ Según Res. EX N°944 del MINSAL(diciembre 2021) que "Aprueba el programa de Salud Mental en Atención Primaria 2022" una dupla psicosocial está compuesta por Psicólogo/a y Trabajador/a social. Entre sus funciones en este contexto de atención de urgencia se encuentran: (a) primer apoyo psicológico a usuario y/o familiares; (b) intervención psicosocial a familiares o acompañantes; (c) coordinación para la continuidad del cuidado en la red de atención; (d) pesquisa activa de necesidad de cuidado en sala de espera; (e) fortalecer competencias de equipos SAPU/SAR en salud mental; y (f) pesquisa de riesgo psicosociales y vulneración de derechos.

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 propone que al año 2025, el 50% de los hospitales generales de alta y mediana complejidad cuenten con equipos de Psiquiatría de Enlace, que se desempeñan con enfoque de red sanitaria(9). Al año 2023, el 50% de los hospitales de alta complejidad ya incorporaron equipos de apoyo clínico de salud mental en urgencias y otras unidades clínicas, y se espera que en 2026 el 100% de los hospitales de alta complejidad tengan incorporada esta estrategia. Asimismo, se espera que el Modelo de Atención de Urgencias de Salud Mental en la Red de General de Salud, mencionado anteriormente, se encuentre implementando en las UEH.

Estrategias Asertivas Comunitarias en Salud Mental de Especialidad

El Tratamiento Asertivo Comunitario es un modelo de atención en salud mental basado en evidencia, que proporciona tratamiento intensivo multidisciplinario en su entorno a personas con dificultades graves de salud mental que por diversas razones no se han beneficiado de los programas ambulatorios tradicionales. Se caracteriza por un enfoque de acercamiento activo y asertivo, centrado en la persona y su objetivo es facilitar la vida en la comunidad, la rehabilitación psicosocial y la recuperación.

Las estrategias asertivas en la comunidad, de una manera innovadora, se basan en demandas históricas de las personas usuarias: por un lado, que el sistema garantice la continuidad del cuidado, y por otra, que se articulen procedimientos que permitan una adecuada atención domiciliaria a las personas con patologías más graves, que se encuentren en situación de desvinculación y/o en riesgo de crisis.

Los principios del abordaje asertivo en la comunidad son parte de una filosofía de la atención que debe adaptarse a las necesidades de las personas usuarias. El abordaje demanda una atención integral, flexible, individualizada y centrada en la persona atendida y sus necesidades percibidas. Además, todas las respuestas terapéuticas deben articularse en el medio natural donde él o la paciente se encuentra. Esto último genera más valor en la medida en que el proceso terapéutico se desarrolla en el contexto habitual, y logra movilizar los recursos que dentro del mismo puedan ser utilizados.

Equipos Asertivos Comunitarios Niños, Niñas y Adolescentes (NNA)

Como medida inicial, se considera la implementación de Equipos Asertivos Comunitarios, conformados por profesionales multidisciplinarios, en específico para NNA. El tratamiento integra el manejo farmacológico, psicológico, la rehabilitación y los servicios de soporte que necesite cada paciente para vivir de manera autónoma en su comunidad. Tiene como objetivo asegurar la continuidad de atención en NNA de alta complejidad, que normalmente no adhieren a procesos de atención habitual. Actualmente, se cuentan con 4 equipos asertivos comunitarios para población de NNA, distribuidos en dos servicios de salud del país. A fines de septiembre de 2023 se decretó presupuesto para 16 nuevos equipos a lo largo de todo el país, actualmente en proceso de contratación en los servicios de salud del país e iniciando funciones en algunos de ellos. A mediano y largo plazo se espera duplicar este número y escalar la intervención al resto de la población.

COSAM Móvil

Estos equipos están destinados a fortalecer a los establecimientos de especialidad abierta de salud mental, de preferencia COSAM, aumentando la oferta de atención para usuarios con trastornos de salud mental de mayor complejidad, mediante el desarrollo de estrategias asertivas e intervención en terreno, con capacidad de despliegue territorial autónomo y soporte de transporte. Cada equipo está integrado por un médico psiquiatra u otro médico con formación en salud mental (11 horas), dos profesionales más de la salud y cuatro técnicos. Se busca así contar con dispositivos flexibles que ayuden a enfrentar las dinámicas propias y muchas veces impredecibles de la demanda por atención especializada de salud mental. Más adelante se aborda su implementación en contingencias recientes.

Hospitalización Domiciliaria

Es una alternativa a la hospitalización tradicional que ofrecen las unidades de atención cerrada, proporcionando procesos diagnósticos y de cuidados de alta densidad tecnológica en psiquiatría y salud mental de forma segura, periódica y protocolizada en los propios domicilios de los usuarios. Es una nueva estrategia que se encuentra en evaluación y que tiene por objetivo optimizar el recurso cama dentro del establecimiento al favorecer el egreso precoz de los usuarios para concluir su plan terapéutico en domicilio, además de disminuir los costos de atención hospitalaria. Por lo tanto, no solo se contará con expansión de recursos de camas hospitalarias, si no que con una estrategia que puede ayudar a mejorar la precisión de la indicación de hospitalización.

Esta estrategia innovadora se evaluará, y eventualmente potenciará, ya que ha habido experiencias locales heterogéneas. Se trabaja en desarrollar lineamientos para disponer de una referencia centralizada en sus aspectos operativos y sus resultados, como parte de procesos de mejora continua específica en problemas de salud mental, considerando tanto la evidencia internacional como las experiencias nacionales, promoviendo su articulación con el resto de las estrategias y dispositivos presentes tanto en la Red Temática de Salud Mental como en la red de salud general.

Normativa de Garantías Explícitas en Salud (GES)

Se actualizarán y revisarán las orientaciones técnicas para los distintos trastornos de salud mental considerados por el GES, empezando por Alzheimer y otras demencias³¹ que afecta cada vez más a crecientes grupos poblacionales; esto incluye un plan de difusión y desarrollo de competencias de la red de salud.

Derechos humanos de personas en hospitales psiquiátricos

Uno de los ejes de la gestión actual en salud mental es la protección de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial y/o cognitiva. Chile se enfrenta al desafío de mejorar las condiciones de cuidado de las personas con discapacidad psicosocial internadas en centros de salud mental de “mediana y larga estadía”. Diversos organismos nacionales e internacionales que buscan resguardar los derechos humanos han dado cuenta de la necesidad de

³¹ Resolución N°497 del 5 de mayo, 2023

realizar mejoras importantes en dichos centros para que el Estado de Chile avance en el respeto y garantía de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran bajo su cuidado.

Dentro de este grupo, interesa especialmente abordar la situación de personas internadas en hospitales monovalentes o psiquiátricos. Para ello, y como se ha mencionado, dentro de esta misma línea estratégica, en relación con disponibilidad y accesibilidad a servicios de especialidad en salud mental, se llevará a cabo la reformulación de servicios residenciales para personas con discapacidad psicosocial bajo cuidado del Estado y se diseñarán nuevas Residencias de Alta Intensidad de Apoyos con foco, en primera etapa, en la desinstitutionalización de personas que residen en hospitales psiquiátricos, tal como se mencionó previamente.

Atención de personas LGBTI+

Para avanzar en garantías para una atención de calidad en APS para las personas LGBTI+, se ha generado un Plan de Sensibilización y Formación del personal de salud, para mejorar competencias y disminuir el estigma en el abordaje de salud general y mental de aquella población. Durante el año 2023 este plan se ha desarrollado en la red de APS de los 29 servicios de salud del país, con una inversión cercana a los \$90 millones y con más de 2.000 funcionarios, principalmente administrativos del Servicio de Orientación Médico-Estadística (SOME) y la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), junto con personal de apoyo, técnico y profesionales. Para el año 2024 se mantendrá la sensibilización e iniciará la formación más avanzada, generando competencias técnicas necesarias en los técnicos y profesionales, con una inversión de \$150 millones.

A partir del año 2023 se inicia la implementación del "Programa de acompañamiento psicosocial a la identidad de género para NNA", en establecimientos de nivel secundario. Su implementación es parte de los compromisos del Estado incluidos en la Ley N°21.120, que reconoce y da protección al derecho a la identidad de género, y cuenta con una inversión cercana a los \$3.000 millones. Se proyecta la instalación en 37 establecimientos de salud, dependientes de los 29 servicios de salud del país, mediante la contratación en modalidad contrata de dos profesionales (psicólogo y trabajador social) que conforman el equipo psicosocial.

De acuerdo con el Sistema de Información de Recurso Humano, hasta el mes de febrero de 2024 se cuenta con el 100% de avance en la contratación de los profesionales lo que corresponde a 41 duplas en 37 hospitales.

Junto a estas inversiones, en marzo de 2023 el MINSAL publicó la Circular B2 N.º 6, sobre la protección de derechos de las personas en relación con la orientación sexual, identidad y expresión de género en la atención y cuidados de salud mental, que busca el resguardo de derechos y la promoción de una atención de salud mental adecuada en este ámbito. A partir de sus directrices, desde el año 2024 se proyecta el desarrollo de diversos instrumentos técnicos y normativos para avanzar hacia el logro de un sistema de salud seguro, sensible y competente en el cuidado de la salud mental de las personas LGBTI+.

Implementación de Ley sobre personas del Espectro Autista

El MINSAL lideró junto con el Ministerio de Desarrollo Social el trabajo político-técnico para la promulgación de la Ley N°21.545 en marzo de 2023, sobre 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. La Ley permite abordar el espectro autista desde un paradigma inclusivo, con perspectiva de curso de vida y enfoque de derechos humanos, relevando la importancia de un trabajo integral desde el Estado. Todos estos elementos apuntan a mejorar la calidad de la atención en salud que reciben las personas afectadas por este problema.

A partir de este marco legislativo, MINSAL asume el compromiso de implementar y fortalecer una respuesta integral de la red pública de salud para la detección temprana, el diagnóstico oportuno y la atención integral de las personas con trastorno del espectro autista a lo largo del curso de vida. En el periodo de un año a partir de la publicación de la Ley, el MINSAL conformó una mesa de trabajo para el desarrollo de Orientaciones Técnicas y Protocolos necesarios para la implementación de salas de atención integral comunitarias con equipos multidisciplinarios compuestos al menos por fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicólogos, kinesiólogos y trabajadores sociales. Con esto se espera, de manera inicial, mejorar progresivamente la detección de señales de alerta en el control sano en todo el territorio nacional y así a partir del año 2024, la contratación de 36 equipos multidisciplinarios en APS y el refuerzo de profesionales para tamizaje, la contratación en 58 establecimientos de especialidad de salud mental de triadas de profesionales ad-hoc, y en 19 establecimientos de alta complejidad en rehabilitación la contratación de neurólogos y fonoaudiólogos. Junto a ello, una mejoría en acceso a fármacos específicos y la publicación de los protocolos sobre detección, diagnóstico y atención integral en los distintos momentos del ciclo vital.

También se avanzará en la implementación de los compromisos enfocados en la concientización de la atención pertinente en salud para las personas en el espectro autista y capacitación a los equipos de salud, a lo largo del país. Esto a través del trabajo coordinado con los equipos de los territorios, academia, el intersector y representantes de la sociedad civil organizada a través de instancias participativas coordinadas. Un ejemplo de ello es que en conjunto con el Ministerio de Educación (MINEDUC) se establecerá un protocolo que permita detectar señales de TEA en estudiantes de establecimiento educacionales y que facilite la derivación a diagnóstico en la red de salud.

Avances a la fecha

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: MEJORAR LA DISPONIBILIDAD, ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS DIRIGIDOS A LA SALUD MENTAL Y AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

- Se genera un Plan de Inversión Pública en Establecimientos de Salud Mental, acorde a un modelo actualizado de red de Salud Mental.
- Se alinea el trabajo de los 29 servicios de salud del país y los equipos directivos en base a los estándares de calidad vigentes en salud mental.
- Se elabora una Guía Metodológica con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MI-DESO) de proyectos de inversión en salud mental, agilizando la gestión de estos procesos.
- Se construyen 2 espacios de encuentro comunitario en la comuna de Pirque (domos) y se proyecta la construcción de 2 nuevos en las comunas de Puente Alto y San Antonio.
- Se reduce en un 27,9% los tiempos de espera para ser atendidos por problemas de salud mental a lo largo del país en 40 CESFAM, en el marco de una estrategia pionera de mejora de la atención de salud mental. En el año 2022 el tiempo de espera para ser atendidos por algún riesgo psicosocial pesquisado era de 86 días en promedio. En el año 2023 la cifra ha disminuido a 62 días.
- Se forma 571 profesionales como "entrenador de entrenadores" bajo estrategia *Training of Trainers* (ToT) de mhGAP, con representación de los 29 servicios de salud del país (diciembre 2023).
- Se inicia operación de los equipos de Salud Mental del CDT de La Serena (homólogo a COSAM), el COSAM de Pitrufoquén y COSAM Litoral- San Antonio (próximo a inaugurar).
- Se inauguran camas UHCIP infante-adolescente en Ovalle, se realiza remodelación de UHCIP adultos del Hospital Phillippe Pinel, UHCIP adulto en H. Félix Bulnes y UHCIP adulto de Pitrufoquén.
- Se inicia operación de 4 Equipos Asertivos Comunitarios para NNA con énfasis en Sistema Intersectorial, en la V región, y se inicia proceso de contratación y formación para completar 15 equipos (diciembre 2023).
- Se logra un 100% de avance en "Programa de acompañamiento psicosocial a la identidad de género para NNA", en establecimientos secundarios, equivalente a equipos psicosociales instalados en 37 establecimientos ya realizando atenciones (diciembre 2023).
- Se implementa un equipo de Hospitalización domiciliaria en Salud Mental en el Hospital El Salvador de Valparaíso.
- Se elaboran lineamientos las Estrategias Asertivas Comunitarias descritas.
- Se elabora Orientación Técnica para el problema de salud GES N°85 "Alzheimer y otras demencias".
- Se cuenta con instrumentos para la mejora de calidad de la atención, contruidos en forma participativa con la red de la meso y microgestión, incluidos en los compromisos de gestión institucionales de la red (COMGES N°7).

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: IMPULSAR LAS ESTRATEGIAS Y LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

La promoción de salud mental requiere conducir la creciente preocupación de las y los chilenos por los problemas mentales hacia la creación de ambientes saludables y una cultura que fomente el bienestar y la salud personal y colectiva. Esto supone la adopción de una perspectiva salutogénica, que busca el equilibrio entre acciones preventivas para la solución, o al menos la reducción de potenciales factores de riesgo, y aquellas que potencian la salud, considerando como elemento central los activos para la salud que se encuentran en el plano personal y comunitario, y entre los cuales se distinguen aptitudes, recursos, talentos, cohesión social, solidaridad y organización comunitaria.

Caben aquí elementos promocionales habituales en salud mental y algunos temas con un fuerte componente preventivo, pero que incluyen abordajes en la línea terapéutica, como las necesidades de la salud mental en la infancia, el enfrentamiento de las demencias y el consumo de alcohol, así como la prevención del suicidio.

Promoción de la salud mental, comunicación social y reducción del Estigma en Salud Mental

La promoción y la prevención, desde la historia natural de la enfermedad y el ciclo de vida, resultan esenciales en los trastornos de salud mental, ya que estos son causados en su mayoría por una diversidad de factores que se presentan en etapas críticas del desarrollo de las personas. Así, intervenciones bien diseñadas y oportunas pueden hacer una diferencia en el pronóstico de las personas.

Se proyecta la conformación de la red de agentes comunitarios en salud mental, esperando que cumplan un rol activo en la promoción y prevención en sus comunidades, buscando convocar a actores sociales que ya se encuentran realizando esta labor en los diversos territorios, para luego ofrecer espacios de intercambio de experiencias y formación. Para esto, se cuenta con herramientas desarrolladas por OMS como mhGAP Comunitario(62), Enfrentando Problemas Plus(63), Primera Ayuda Psicológica(64), entre otros. A esto se sumará el desarrollo de campañas nacionales de comunicación para la promoción de la salud mental, orientadas a factores protectores clave, favoreciendo además la implementación de acciones comunicacionales locales.

Esta estrategia incluye el trabajo colaborativo con el sector educación, a través de las iniciativas conjuntas con la comunidad educativa escolar que se enmarca en el Eje 1 del Plan de Reactivación Educativa: "Convivencia y Salud Mental"(65), posicionando la salud mental como un aspecto constitutivo del desarrollo integral de NNA. Junto a ello, se trabajará junto a comunidades de educación superior en actividades de pesquisa precoz y mejoras de acceso a diagnóstico y tratamiento. De la misma manera, entendiendo que el trabajo constituye una actividad central en la vida, que puede afectar la salud mental de los trabajadores, se incluye el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental en los ambientes laborales.

Considerando la entrada en vigencia de una nueva versión del Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo(24), y que sectores de salud y de educación concentran la mayor cantidad de funcionarios públicos, se está articulando una instancia de trabajo entre

MINSAL-MINEDUC-Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) y organismos administradores del seguro de la Ley N°16.744, liderada por el Departamento de Salud Ocupacional de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción (DIPOL) de la Subsecretaría de Salud Pública, para fortalecer la aplicación del protocolo y estrategias preventivas a implementar por los administradores de la Ley. Esto tanto en pilotos con los establecimientos de APS municipal y dependientes de diversos servicios de salud del país, como en algunos centros de trabajo del MINEDUC priorizados.

Por otro lado, y en un sentido amplio, la comunicación para la salud consiste en el uso “planificado y sistemático de medios de comunicación” con el objetivo de promover comportamientos activos de la población que sean concordantes con los propósitos de las “políticas, estrategias y planes de salud pública”(66). El desarrollo de estrategias de comunicación social para promocionar algunos aspectos clave de una buena salud mental a nivel poblacional, se centrará inicialmente en 3 áreas priorizadas por la División de Prevención y Control de Enfermedades del MINSAL (DIPRECE): (a) prevención del suicidio (que se verá más adelante), (b) conocimiento y consciencia sobre las demencias como problema de salud pública (también abordado más adelante), y (c) relevancia del bienestar emocional y la salud mental en general, con énfasis en el estigma. Esto considera, por ejemplo, presencia en medios nacionales y el desarrollo de página web relacionada.

El abordaje del estigma se hace particularmente necesario puesto que las personas con trastornos de salud mental pueden retrasar, interrumpir o dejar de buscar tratamiento por miedo a esta estigmatización y discriminación. En los casos de personas con trastornos de salud mental más severos, este estigma contribuye de gran manera a la reducción de su esperanza de vida. En promedio, las personas con trastornos mentales severos viven una década menos cuando se compara con la población general.

En la misma lógica, los espacios laborales son clave para el desarrollo de estrategias para la reducción del estigma asociado a la salud mental. Por lo que se incluirá un trabajo colaborativo e intersectorial para el desarrollo de campañas comunicacionales y capacitación dirigidas a trabajadores de múltiples ámbitos, considerando el sector salud como prioritario para iniciar este trabajo.

Uno de estos espacios laborales es la Atención Primaria, en donde se ha generado una mesa de coordinación temática sobre estigma, bajo el concepto de bienestar y apoyo social, que ha establecido el diseño de un plan de trabajo para el fomento de espacios de formación, tanto a los equipos de APS como también Monitore Comunitario. Se espera contar con una plataforma de activos comunitarios, instalada a partir del diseño de un pilotaje de procesos de formación tanto desde la línea de mhGAP como de activos comunitarios en Salud.

Abordaje de las necesidades de la salud mental en NNA (énfasis en quienes están bajo el cuidado del Estado)

Gran parte de las estrategias transversales incluidas en el plan **Construyendo Salud Mental** tienen foco primordial en la infancia, como el desarrollo de una Ley de Salud Mental Integral, el desarrollo de dispositivos y estrategias de atención para NNA, la formación de profesionales en el área infanto-adolescente, la protección de la salud mental en emergencias y desastres (que se desarrolla más adelante en el texto), el abordaje del consumo de alcohol o la prevención del suicidio, entre otras. Este tema se releva aquí para un grupo particularmente vulnerable, aquellas y aquellos menores bajo la protección del Estado.

El Sistema Intersectorial de Salud Integral con Énfasis en Salud Mental (SISI)³² de NNA con vulneración de derechos y/o bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente a partir del año 2023 cuenta con gestores intersectoriales en todos los servicios de salud del país, los que se coordinan con gestores locales de Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez, SENDA y SENAME y a futuro lo hará con el Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil. Durante el año 2023 se entregó financiamiento para la implementación del SISI en los servicios de salud del país que faltaban, para alcanzar una cobertura nacional. Con lo expuesto, se espera asegurar el debido cumplimiento de la vinculación del sector salud con las residencias y centros de internación provisoria y de régimen cerrado, así como con todos aquellos que estén ingresados a programas ambulatorios.

Al mismo tiempo, por el programa social SISI se han entregado recursos para el refuerzo de atenciones de salud general y salud mental en atención primaria y para la contratación de recurso humano y gasto operativo en equipos de salud mental de especialidad fortaleciendo así la oferta con foco en la atención de esta población en los servicios de salud del país.

Al mismo tiempo, en el marco del Plan de Protección a la Vida de NNA bajo el cuidado del Estado, instancia interministerial presidida por el Presidente Boric, las SEREMI de Salud se encuentran realizando visitas de las residencias del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y los Centros de Internación Provisoria y Centros de Reclusión Cerrada de SENAME para mejorar las condiciones de vida y la coordinación con los dispositivos de salud territoriales. Asimismo, los servicios de salud del país avanzan en la implementación de un sistema de pesquisa de ideación e intentos suicidas de esta población, estableciendo tiempos de respuesta de seguimiento especializado de estos NNA, y finalmente de la implementación de los Equipos Asertivos Comunitarios, ya mencionados anteriormente.

Como parte del apoyo a los equipos de salud de los establecimientos, se está desarrollando la estrategia de tele comité para evaluación y tratamiento de vulneración de derechos de los mencionados NNA que llegan a los diferentes establecimientos del país y que requieren de la asistencia de un grupo multidisciplinario de expertos que ayude en el proceso de atención y acompañamiento a los equipos locales en estos casos complejos. Para ello se disponen de

³² Sename, Mejor Niñez junto a MINSAL y SENDA, y la participación del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, constituyen el Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en salud mental (SISI) para NNAJ con vulneración de derechos y/o bajo la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente, como un sistema que busca generar una estrategia de carácter estructural que permita dar una respuesta oportuna, integral y de calidad a las necesidades de salud de cada NNA que se encuentre bajo la protección, cuidado o control del Estado. Para su implementación, el Sistema compromete gestores intersectoriales desde cada repartición y gestión priorizada de cada caso en la oferta programática de atención.

plataformas digitales especializadas que permiten el registro, resguardo de la información y seguimiento de los casos.

Junto con el inicio progresivo de estrategias asertivas en NNA bajo el cuidado del Estado descritas anteriormente, también se fortalecerá el Programa de Apoyo a Salud Mental Infantil (PASMI) de Chile Crece Contigo, por medio de la elaboración de documentos normativos y su transferencia a los equipos de salud de la red, y la expansión de su cobertura a más comunas y a grupos etarios mayores.

Políticas, planes y programas para reducir el consumo de alcohol

El impacto en salud pública del consumo de alcohol es enorme y se encuentra ampliamente documentado. A corto plazo se ha asociado con lesiones de todo tipo como homicidios, suicidios, agresión sexual y violencia doméstica con parejas sexuales; con intoxicación directa por el consumo alcohol; con comportamientos sexuales riesgosos y sus consecuencias; y con abortos espontáneos y muerte fetal, o trastornos del espectro alcohólico fetal. A largo plazo, el alcohol puede aumentar el riesgo de hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, accidentes cerebrovasculares, enfermedad del hígado y problemas digestivos, distintos tipos de cánceres (mama, boca, garganta, laringe, esófago, hígado, colon y recto, entre otros), deterioro cognitivo y demencia, problemas familiares, problemas relacionados con el trabajo y desempleo, y por supuesto, problemas específicos de salud mental, como depresión, ansiedad y la propia dependencia al alcohol(67).

Existe evidencia respecto de medidas efectivas para enfrentar los problemas derivados del consumo de alcohol, en particular aquellas catalogadas como las cinco más costo-efectivas (*best buys*)(68): aumento de precios, restricciones a la publicidad, limitación a la disponibilidad física, medidas contra la conducción bajo efectos del alcohol y acceso a detección e intervenciones breves (IB).

La perspectiva de impuestos saludables incluye necesariamente al alcohol como una de las sustancias a gravar, y es una de las líneas que se trabajará en un contexto más amplio que incluye tabaco, bebidas azucaradas y alimentos “altos en”, entre otras. Junto a ello, recientemente se promulgó el decreto N°28, de 2023, del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, que aprueba el reglamento que determina las características de las advertencias sobre las consecuencias del consumo de alcohol a las deben ceñirse las bebidas alcohólicas que se comercialicen en Chile y regula la forma en que se publicitan las bebidas alcohólicas en competiciones deportivas internacionales, que deberá aplicarse a partir de julio de 2024³³.

Luego de los cambios conductuales y de contexto que significó la pandemia, se ha detectado también la necesidad de fomentar los espacios de formación en abordaje de consumo de drogas y alcohol en APS. Para ello se ha diseñado la instancia de formación para entrenadores para la expansión de la conocida estrategia de tamizaje e intervención breve (IB) en consumo de alcohol. En tal sentido, durante el año 2023 se formaron 18 entrenadores que replicarán la estrategia en todo el país. Se espera así contar con aproximadamente 300 entrenadores al final del año 2024.

³³ Decreto 98. Aprueba reglamento de los artículos 40 bis y 40 ter de la Ley N°19.925 del 27 de julio de 2023. Ministerio del interior y Seguridad Pública; Subsecretaría del Interior

Abordaje de demencias (énfasis en cuidadores de personas con demencias)

Respecto a demencias en general, ya se ha mencionado el desarrollo de Unidades de Memoria y Centros de Apoyo Comunitario, el mejoramiento de la implementación del problema de salud GES N°85 y la comunicación social para la mayor visibilidad del problema sanitario que constituye.

Si bien la estrategia de abordaje individual es necesaria, no es suficiente por sí sola: estos problemas de salud tienen la capacidad de afectar directamente a familiares o a cuidadores, y un enfoque preventivo en este sentido es imprescindible. Existe evidencia de diferentes intervenciones en cuidadores, algunas apoyadas por tecnologías de la información y comunicaciones, que han mostrado entregar apoyo a los cuidadores informales, mitigar la depresión y mejorar su calidad de vida(69).

Por ello se coordinará con la oferta del Sistema Nacional e Integral de Cuidados, identificando a la persona cuidadora, dando urgencia a la implementación de los reglamentos asociados a la atención preferente en salud de estas personas, con el objetivo de asegurar intervenciones preventivas y anticipar eventuales tratamientos a cuidadores, quienes son mayoritariamente mujeres.

Prevención del suicidio

El suicidio es una de las principales causas de muerte prematura prevenible, y constituye por tanto un problema de salud pública de gran importancia. Cada año, aproximadamente ochocientas mil personas pierden la vida en el mundo a causa del suicidio y, al igual que en muchos países, en Chile se encuentra entre las primeras causas de mortalidad entre los 15 a 29 años. Asimismo, por cada suicidio, hay muchas otras situaciones tentativas (ideaciones e intentos de suicidio), y a pesar de que es un fenómeno multicausal, el intento previo es el factor de riesgo más importante para el suicidio en la población general, lo que entrega información valiosa para focalizar medidas en población de alto riesgo(33). Toda persona que se quita la vida importa.

El suicidio es prevenible y existe creciente evidencia de estrategias de tipo universales, selectivas e indicadas que presentan un mayor impacto en la disminución de muertes por esta causa. Más adelante se describen cada una de estas estrategias.

Chile cuenta con un Programa Nacional de Prevención de Suicidio (PNPS) del MINSAL que ha logrado importantes avances y se ha consolidado como línea programática sectorial. Este Programa comenzó su implementación a partir del año 2008 y fue formalizado el año 2013. Define seis componentes para su implementación:

- Planes regionales intersectoriales para la prevención.
- Sistema de vigilancia.
- Formación del personal de salud.
- Prevención en el ámbito educativo.
- Sistema de ayuda en crisis.
- Capacitación a medios de comunicación para una cobertura mediática responsable.

En el año 2021 se conformó el grupo de trabajo “Comisión Técnica sobre prevención de Suicidio” para revisar el programa. Este Programa Nacional de Prevención propone avanzar hacia una estrategia nacional pertinente, actualizada, integral y con participación multisectorial. Durante el año 2023 comienza su proceso de actualización a través de diferentes metodología tales como: diagnósticos territoriales, análisis de la situación desde la información recolectada y producida en cada región, entre los años 2013 y 2022; diálogos participativos regionales en cada región con la participación de alrededor de 400 representantes de instituciones del intersector y sociedad civil; un documento de Resumen de Evidencia para Políticas y Diálogos de discusión de política, para identificar y discutir la evidencia más reciente de los componentes implementados en estrategias preventivas nacionales; una consulta nacional dirigida a equipos de salud vinculados a las acciones del PNPS, para conocer su perspectiva como responsables directos y/o colaboradores a nivel central, mesogestión y nivel local (en desarrollo); y una consulta pública de la propuesta final de actualización, para conocer la opinión de la ciudadanía y mejorar la propuesta (proyectada para el año 2024).

A continuación, se presentan las estrategias universales, selectivas e indicadas(70).

Prevención universal del suicidio

La modificación de aspectos dirigidos a la población general es el objetivo de las estrategias poblacionales de prevención. Dentro de los posibles ámbitos de acción, se encuentran la restricción del acceso a diversos medios letales, la comunicación responsable por parte de los medios de comunicación sobre suicidio, campañas de sensibilización a la opinión pública e implementación de políticas de control del consumo de riesgo de alcohol.

Se avanzará en la identificación y adecuación en lugares e infraestructura de alto riesgo, como puentes o transporte ferroviario urbano(71) y conocidos habitualmente como puntos críticos (*hotspots*), para evitar el acceso a medios letales. En 2023 se activa en todas las regiones el monitoreo de puntos críticos según registros epidemiológicos e históricos. A partir de este monitoreo se han detectado *hotspots* en las regiones: de Arica y Parinacota (Morro de Arica), de Valparaíso (Mall Marina Arauco), Metropolitana (Mall Costanera Center y estaciones de Metro), de Los Ríos (Puentes del río Calle-calle), de Los Lagos (Viaducto comuna de Puerto Montt), de Aysén (La piedra del Indio, Puente General Carlos Ibáñez del Campo), de Magallanes (Parques Chacabuco y María Behety) en las cuales se están implementado estrategias de barreras físicas específicas.

La intervención sobre *hotspots* incluye, además, campañas informativas, capacitación a personal institucional, coordinación con intersector y difusión de la Línea fono*4141 de prevención del suicidio, que se detalla más adelante. Junto a esto, se avanzará en la utilización de plataformas digitales en redes sociales para difusión de iniciativas preventivas en salud mental y suicidio en particular.

Prevención selectiva del suicidio

En este nivel de prevención selectiva, el foco está en identificar y contrarrestar factores de riesgo que caracterizan a poblaciones más vulnerables de presentar ideaciones e intentos de suicidio. Para ello, áreas con sustento en la evidencia son el desarrollo de programas de prevención comunitarios o en el ámbito escolar, la formación y capacitación de agentes sociales o comunitarios, y el abordaje de la prevención suicida en el sector laboral.

Se desarrollarán para este fin estrategias comunitarias específicas, como la formación de agentes comunitarios de primera respuesta que reciben alertas sobre suicidio, también conocidos como *gatekeepers* (*guardianes*), por ejemplo, en escuelas y centros educativos. Esta es una intervención que puede escalarse progresivamente y de manera diferenciada según sectores y regiones del país, o a otras instituciones. Esto ya se está desarrollando en algunas regiones como O'Higgins, Coquimbo y Aysén, y prontamente se iniciará en la Metropolitana.

Además, se fortalecerán las capacidades de comunidades educativas para la prevención del suicidio y primera respuesta frente a intentos de suicidio. El año 2019 MINSAL lanzó la primera "Guía de Recomendaciones para la Prevención de la Conducta Suicida en Establecimientos Educativos", que entrega recomendaciones para enfrentar situaciones de ideación o intento suicida al interior de las comunidades educativas, así como formas de abordaje en caso de pérdida de un estudiante por suicidio. A partir de su lanzamiento, se inicia un plan de implementación que cuenta con tres líneas de acción: talleres de formación para la prevención de la conducta suicida, destinados a equipos de convivencia y psicosociales de establecimientos educativos públicos y privados; Curso de Formación en Prevención del Suicidio para Docentes y Supervisores Técnicos MINEDUC, diseñado de manera colaborativa entre MINSAL y MINEDUC; y Circular N° 482 de la Superintendencia de Educación, desarrollada en coordinación con MINSAL, que incorpora a partir del año 2018 la obligatoriedad de que los establecimientos educativos desarrollen acciones promocionales y de prevención en salud mental, incluyendo procedimientos para el adecuado manejo de situaciones de riesgo.

Prevención indicada del suicidio

Estas estrategias se dirigen a personas que han presentado algún tipo de conducta suicida, desde su grado más leve (por ejemplo, ideas de muerte) hasta el más grave (intentos de suicidio, eventualmente con daños y secuelas). Basado en la habitual atención clínica especializada, los ámbitos innovadores de acción de este nivel orientado al alto riesgo son los programas de atención y apoyo centrados en las tecnologías de la información y comunicación (TIC), la capacitación a familiares o cuidadores de personas con alto riesgo suicida y el apoyo a profesionales de APS.

El Sistema de ayuda en crisis comenzó a implementarse a nivel nacional a partir del año 2016 a través del Fono Salud Responde, y a partir del año 2020 se incorpora la Línea Saludablemente de Hospital Digital. En este marco, avanzando en la especialización de la respuesta, el año 2023 se estableció la línea telefónica exclusiva, *4141 "No estás solo, no estás sola", la cual funciona las 24 horas del día y los 7 días de la semana días, incluyendo festivos. Esta línea permite mejorar el acceso oportuno y eficaz a una primera respuesta y contención emocional, por personal calificado, lo que es altamente recomendado por la evidencia y experiencia

de varios países(72). Para aquellos usuarios de FONASA e inscritos en un establecimiento de la red pública de salud, será posible generar una notificación de riesgo a los referentes de salud mental de los servicios de salud del país. Estos deben enviar esta información al establecimiento para que se genere una acción de rescate, otorgando una hora de atención presencial de manera priorizada, usando la experiencia y sistemas informáticos que ya ha desarrollado Hospital Digital en la atención de casos por vía remota.

Desde el año 2021 se destinó un cargo profesional de “Gestor de Prevención de Suicidio” a cada uno de los 29 servicios de salud del país para reforzar los equipos de salud mental en las direcciones de la institución. Este refuerzo busca promover el desarrollo de acciones para la prevención del suicidio a nivel territorial, implementar los lineamientos y orientaciones ministeriales y liderar la gestión de casos con riesgo suicida en la red asistencial (incluyendo las notificaciones de la línea *4141). En lo particular, se desarrolla un modelo de gestión de casos de intentos de suicidio que egresan de servicios de urgencia. Como ya fue mencionado, los pacientes con enfermedad mental presentan un riesgo importante de suicidio inmediatamente después de su salida del hospital, por lo que es relevante contar con una adecuada planificación y seguimiento de los usuarios una vez egresados. Para ello, se desarrolló un modelo de gestión de casos de intentos de suicidio que egresan de servicios de urgencia y que ha permitido el acompañamiento de personas, asegurando además la continuidad de la atención en la red de salud, incorporando procesos de monitoreo.

Junto a esto, el rol de duplas psicosociales en las urgencias de APS (SAPU-SAR), se inscribe en esta misma línea. Este equipo de trabajo que se integra a la urgencia, entrega una primera respuesta a las personas y/o acompañantes que requieren de apoyo psicosocial. Asegura una intervención en crisis oportuna, la activación de la red de apoyo y el resguardo de la continuidad del cuidado desde la urgencia hacia el nivel de atención que se requiera.

La vigilancia de estas lesiones autoinfligidas e intentos de suicidio resulta de la más alta prioridad, por lo que se avanza en establecer estos diagnósticos como Eventos de Notificación Obligatoria (EVNO). Se han iniciado programas piloto en la mayoría de los servicios de salud del país, y se espera ampliar a toda la red de urgencias del país, pública y privada en corto plazo.

Avances a la fecha

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: IMPULSAR LAS ESTRATEGIAS Y LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

- Se fortalecen las estrategias de prevención en comunidades educativas, dotando de recursos técnicos a las escuelas, profesores y duplas psicosociales de las escuelas.
- Se cuenta con 193 establecimientos de urgencia de APS (SAPU/SAR/SUR) donde hay presencia de duplas psicosociales para el abordaje de las problemáticas de salud mental, lo que representa más de un tercio de los establecimientos mencionados.
- Se elabora el reglamento de la Ley N°19.925 que regula la información que está en el etiquetado de bebidas alcohólicas, y también restricciones y prohibiciones en su publicidad.
- Se constituye la Mesa Asesora en Demencias, con representantes de la red de salud, académicos e investigadores y organizaciones sociales y ciudadanas, con cuatro grupos de trabajo sobre temas clave en el fortalecimiento del Plan Nacional de Demencias.
- Se encuentra disponible el curso de abordaje de las demencias para profesionales y técnicos en APS, el cual comenzó a fines del primer semestre del presente año. Dicho curso se organizó en un trabajo colaborativo entre la Universidad de Chile y MINSAL y contará con una gran cantidad de cupos para el acceso de trabajadores en APS.
- En enero de 2023 se inicia el funcionamiento de una línea telefónica exclusiva para la prevención del suicidio, *4141, que da atención 24 horas al día a personas con riesgo suicida, con un porcentaje de atención que se mantiene sobre al 80% desde su segundo mes de funcionamiento.
- Se desarrolla una estrategia de acompañamiento de personas que egresan de urgencias por intento de suicidio, durante el tiempo necesario hasta que sean atendidas por la red de salud. En primera instancia, se ha priorizado su implementación en el grupo de niñas, niños y adolescentes bajo cuidado del Estado.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: FORTALECER LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL APOYO PSICOSOCIAL EN EL CONTEXTO DE LAS EMERGENCIAS

Las situaciones de desastre tienen el potencial de impactar significativamente en la salud mental y el bienestar psicosocial de las comunidades involucradas, creando diversos problemas en el plano del individuo, de la familia, de la comunidad y de la sociedad. En cada uno de esos niveles, las emergencias erosionan los apoyos de protección de la persona, acrecientan los riesgos de que aparezcan numerosos tipos de problemas y tienden a agravar las situaciones existentes de injusticia social y desigualdad(73).

Sin duda, la pandemia por COVID-19 ha tenido particularidades que la diferencian de los desastres más usuales en nuestro país, por ejemplo, en términos de escala o duración, pero no escapa a la necesidad de recuperar a los equipos humanos potencialmente dañados³⁴, particularmente aquellos del área de la atención sanitaria, y de generar una planificación para enfrentar eventos similares en el futuro. Eso requiere transitar desde formas de actuación reactivas, hacia la gestión del riesgo de desastres, caracterizado por un trabajo sostenido en las fases de prevención, respuesta y recuperación.

Dentro de esta línea de acción, se presentan dos áreas de desarrollo, la respectiva al modelo de protección de la salud mental en la Gestión de Riesgo y Desastres, y la relativa a la atención de salud mental en la recuperación de la pandemia para grupos prioritarios.

Modelo de protección de salud mental en la Gestión de Riesgo de Desastres

Chile cuenta con un marco de acción en Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres (GRD) bien desarrollado y extendido en la red de salud, así como vinculada a otros sectores. Esta estrategia aborda las necesidades de salud mental como consecuencia de estos eventos, asignándole prioridad a través de mesas de coordinación intersectorial específicas. Sin embargo, fortalecer la implementación del modelo de protección de salud mental en la GRD, sigue siendo un trabajo prioritario.

Dentro de las estrategias que se están impulsando, en el corto plazo, se encuentra el aumento de la cobertura del Plan de Capacitación Sectorial e Intersectorial en Primera Ayuda Psicológica, diseñado en lógica de cascada, lo que permitirá multiplicar los agentes competentes para capacitar y responder a necesidades en salud mental producto de emergencias y desastres en los territorios, desde organismos públicos clave, hasta la sociedad civil organizada. Se espera contar con al menos 200 respondedores al año.

Al mismo tiempo, se dispondrá permanentemente de cursos en modalidad remota en la plataforma virtual de OPS/OMS y en el sistema de Biblioredes, en colaboración intersectorial con el Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres (SENAPRED), lo que permitirá tener una oferta diversa y accesible para capacitar en esa competencia clave a actores institucionales y comunitarios relevantes en la respuesta a emergencias. Esta estrategia está en desarrollo y se espera lanzar a inicios de este año, incluyendo así a los trabajadores de los servicios de urgencia de APS.

³⁴ Esto se encuentra desarrollado en el apartado iniciales POBLACIONES PARTICULARMENTE VULNERABLES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA

Además, se propone robustecer el trabajo de las Mesas Técnicas Intersectoriales de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en la GRD, instancias clave en la movilización de recursos locales y sociales para la respuesta coordinada en situaciones de emergencias y desastres, así como Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y voluntariado. Actualmente estas mesas están conformadas en todas las regiones del país, y se espera comenzar un proceso que permita la constitución a nivel provincial.

Se buscará incorporar el componente de salud mental, trabajo comunitario y cuidado de los equipos de salud en los planes de emergencia en los centros de APS, en el entendido que la preparación y la planificación permitirá atender de manera oportuna las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial de las comunidades, así como facilitar el autocuidado y el cuidado mutuo del personal de salud. Actualmente se trabaja para que la red APS cuente con planes de emergencia en todo el país, para lo cual publicó la primera guía de planes emergencia APS(74). Además, se han constituido comunidades de aprendizaje³⁵ en comunas clave, para levantar procesos participativos en torno a este desafío, los que se espera sean compartidos con la red.

Otra estrategia que se desarrollará es el fortalecimiento de los Equipos de Apoyo a la Respuesta en Salud Mental ante Emergencias y Desastres (ARSAM). Los ARSAM son equipos multidisciplinarios pertenecientes a cada uno de los servicios de salud del país, que pueden desplazarse para apoyar técnica y logísticamente a la red de salud local en caso de una situación de emergencia, con énfasis en el cuidado a quienes cuidan. Actualmente son 15 servicios de salud del país los que cuentan con ARSAM y se espera, durante el año 2024, completar los equipos de todos los servicios de salud del país, para avanzar de manera sistemática en su formación y mejora continua, así como su posicionamiento como agentes de cambio y formación en sus redes locales, capitalizando sus aprendizajes.

Cabe destacar que estos equipos cumplieron un rol clave en la respuesta al desastre de los incendios forestales de la zona centro sur ocurrido el pasado año 2023, con el despliegue de los equipos ARSAM de los territorios afectados y, en un segundo momento, la movilización de equipos de otras regiones para apoyar a los equipos de salud locales. Para la fase post crítica de este evento se implementó la estrategia de equipos de apoyo a la recuperación en salud mental, consistente en 33 duplas psicosociales y 15 COSAM Móviles, distribuidos en las comunas más afectadas por el desastre. Estos equipos tienen capacidad logística para desplegarse en terreno, con especial énfasis en zonas rurales y su foco de trabajo es el fortalecimiento de capacidades personales, comunitarias e institucionales para la recuperación post desastre. El tiempo de duración de la estrategia fue de 6 meses. Es importante mencionar que este despliegue de recursos en salud mental resulta inédito para apoyar a las comunidades en el proceso de recuperación ante desastres en nuestro país.

³⁵ Instancias formadas por grupos operativos de construcción colectiva, que tienen como foco el fomento de la articulación de actores locales claves (equipos APS, comunidad, organismos técnicos locales, CERT, ONGs, establecimientos educacionales, etc.), hacia el diseño, aprendizaje y desarrollo de la temática de gestión de emergencias y desastres en salud.

Atención de salud mental en la recuperación de la pandemia para trabajadores de la salud como grupos prioritario

Las y los trabajadores de la salud resultan cruciales ante las emergencias y desastres, y como bien lo ha demostrado la pandemia, su propia salud mental se ha visto especialmente afectada(46). Esto, que ya es un problema de la más alta relevancia de salud pública, tiene efectos indirectos en la atención de salud de la población general; el ausentismo laboral, por ejemplo, puede generar retrasos en la atención de salud. Los trastornos de salud mental representan el porcentaje más alto de días perdidos por subsidios de incapacidad laboral por enfermedad común en este grupo. A continuación, se presentan las líneas de abordaje respecto a diagnóstico e intervención en salud mental para los trabajadores de salud.

Diagnóstico de salud mental en trabajadores de la salud

Durante 2022, desde MINSAL se elaboraron 266 documentos y/o material de apoyo a la salud mental en contexto de emergencias y desastres como manuales, instructivos de procedimientos, entre otros para el personal de salud. Al mismo tiempo, MINSAL instruyó la creación de mesas de salud mental funcionaria y/o cuidado del personal, actualmente en operación en 26 de los 29 servicios de salud del país. Virtualmente todos los servicios cuentan con un diagnóstico inicial del estado de salud mental del personal.

El MINSAL cuenta con el mencionado Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo(24), de aplicación obligatoria por parte de instituciones públicas y privadas. Su objetivo es evaluar, controlar y monitorear los factores de riesgo psicosocial presentes en los centros de trabajo, proteger la salud de los trabajadores (funcionarios) y prevenir la aparición de enfermedades mentales de origen laboral. En los servicios de salud del país, se encuentran formalmente constituidos un 94,4% de los comités de aplicación de este protocolo de riesgo psicosocial; un 49,3% de los funcionarios está siendo capacitado; un 37,7% es objeto de la aplicación del cuestionario, y un 34,1% está siendo retroalimentado con los resultados obtenidos en la evaluación. Al respecto, en general, la doble presencia³⁶ se presenta como la dimensión con mayor riesgo, con un 57,7%, seguido por exigencias psicológicas con un 25,4%.

Utilizando una metodología cuyo foco es el “diálogo social”, se han realizado evaluaciones de los ambientes de trabajo, que han permitido la identificación de factores de riesgo para la salud mental de los funcionarios, y la prescripción de medidas destinadas a mitigar los factores presentes en los servicios de salud del país.

Intervenciones en salud mental para trabajadores de la salud

El programa “Saludablemente” es una estrategia iniciada durante la pandemia y cuyo propósito es ayudar a la ciudadanía y entregar información para mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas, mediante un conjunto de acciones coordinadas. Esta iniciativa está dirigida a distintas poblaciones objetivo, siendo un grupo prioritario el personal de salud. En el marco de las acciones del sistema de reportabilidad identificadas e informadas por los equipos de gestores en los establecimientos dependientes de los servicios de salud del país,

³⁶ Situación donde la persona se hace cargo de dos grandes responsabilidades de manera simultánea, y donde tiene la sensación de que no puede concentrarse ni en la una ni en la otra. En general, se trata de la responsabilidad del trabajo remunerado y del trabajo doméstico.

durante 2022, se desarrollaron un total de 81.283 atenciones psicológicas y psiquiátricas presenciales, junto con atenciones por medicina complementaria individual y grupal, entre otras, a funcionarios de salud.

A nivel primario de atención, se encuentran en pleno desarrollo los “Planes Comunales de Cuidado del Personal de APS”³⁷, lo que implica abrir esta línea de trabajo a un grupo particularmente expuesto y en el que existía una importante brecha en torno a la protección de su bienestar. Hasta 2021, no existían estrategias estructuradas a nivel comunal para el cuidado de la salud mental del personal de APS. Los actuales planes consisten en un conjunto de acciones coordinadas y organizadas en torno a cuatro componentes: (a) Prevención, (b) Promoción del Buen trato, (c) Salud Mental Organizacional y (d) Participación/Articulación Local. Las actuales orientaciones declaran en su objetivo, contribuir a la salud mental de los trabajadores de la salud en APS con perspectiva organizacional, colectiva y territorial.

Este trabajo se ha impulsado en coordinación con 42 gestores de APS de todos los servicios de salud del país y 2 Profesionales de la División de Atención Primaria (DIVAP) del MINSAL. El rol de estos gestores ha sido fundamental para dinamizar procesos en coordinación con municipios, establecimientos de APS y Organismos Administradores de la Ley (OAL), asesorar en materias de salud mental y ambientes laborales saludables, y articular acciones transversales dentro y fuera de los servicios de salud del país.

Por otro lado, desde el Departamento de Salud Digital se ha implementado una línea que brinda primera ayuda psicológica de manera remota a todo el personal de la salud que lo solicita. Además, se entrega apoyo a equipos de salud afectados por incidentes críticos. En julio del 2022, tras una solicitud ministerial, se realiza una revisión y reestructuración de la estrategia de atención remota a funcionarios, renombrándola como *#CuidarALosQueNosCuidan*, en donde Salud Digital realiza campañas de difusión y pone a disposición un equipo de psicólogos capacitado para realizar atención remota en salud mental gratuita, exclusiva para funcionarios de la salud pública, sin importar estamento, calidad contractual o previsión de salud. Esta estrategia, además de la primera ayuda psicológica ya mencionada, incorpora la posibilidad de desarrollar procesos de acompañamiento psicológico de hasta 12 sesiones de 45 minutos y frecuencia semanal. También incluye la posibilidad de interconsultar a un médico general de Hospital Digital en caso de pesquisa de una evolución fuera de lo establecido en los protocolos correspondientes. Desde julio del año 2022 a febrero de 2024 se han realizado 8.977 atenciones directas a 1.798 funcionarios de salud.

Hay además otras 3 iniciativas que apuntan a mejorar la salud mental del personal de salud. En primer lugar, la extensión del descanso reparatorio en respuesta a la pandemia hacia a los trabajadores de la salud de centros privados, que inicialmente estaba limitado a trabajadores del sector público(75), ha permitido expandir la cobertura de esta medida. Este enfoque permite abordar a aquellos trabajadores que eventualmente no reconocen la necesidad de ayuda por diversos motivos y que son una parte importante de los problemas de salud mental derivados de la exposición a la pandemia.

³⁷ Ordinario N°3656 de la Subsecretaría de redes Asistenciales “Gestión del cuidado de salud mental del personal de salud en APS: Planificación 2024”. 16 de octubre de 2023.

Otra iniciativa es la implementación del nuevo problema de salud GES de rehabilitación del SARS CoV-2, que tiene un sólido componente de atención para salud mental y rehabilitación, que beneficia también a los trabajadores de la salud.

En tercer lugar, se está articulando un equipo de trabajo para el desarrollo, planificación, ejecución y medición de la estrategia de la "Atención Plena" (*Mindfulness*) en el personal de salud. Este equipo está compuesto por profesionales de los departamentos de Salud Mental de la DIPRECE, de Gestión Operacional de la DIVAP, de Seguridad y Salud en el Trabajo de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP), de la DIPOL, de la Unidad Hospital Digital y del Gabinete de la Ministra de Salud.

Avances a la fecha

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: FORTALECER LA INTEGRACIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL APOYO PSICOSOCIAL EN EL CONTEXTO DE LAS EMERGENCIAS

- Se instalan nuevas estrategias, incluyendo 33 duplas psicosociales y 15 COSAM móviles, con capacidad de despliegue en zonas rurales, para apoyar la recuperación psicosocial y salud mental de las personas de las comunas más afectadas en el contexto de incendios forestales en las regiones de Maule, Ñuble, Biobío y desde febrero de 2023. Se asignaron recursos técnicos y financieros a este desarrollo.
- Se cuenta con 3.000 personas capacitadas en Primeros Auxilios Psicológicos, número que se cuatuplicará a través de un plan de formación intersectorial con lógica de capacitación de formadore en todas las regiones del país.
- Se dispone de 15 Equipos ARSAM que cumplieron un rol clave en la fase crítica de los incendios del año 2023 al desplegarse oportunamente en apoyo a los equipos de salud locales y sus comunidades afectadas (entre ellos Arica, Atacama, Maule, Reloncaví y Aysén).
- Se dispone de gestores de salud mental en todos los servicios de salud del país.
- Se ofrece remotamente Primera Atención Psicológica y de seguimiento en estrategia #CuidarALosQueNosCuidan con más de 5.000 intervenciones a mayo de 2023.
- Se crean mesas de salud mental funcionaria y/o cuidado del personal en 26 de los 29 servicios de salud del país.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: FORTALECER LOS DATOS, LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LA INVESTIGACIÓN

La OMS recomienda a los países generar un sistema de información de salud mental que permita recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información para *“mejorar la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud mental y asegurar prestaciones más equitativas”*, permitiendo tomar decisiones informadas que mejoren la calidad de la atención(76). Si bien nuestro país tiene un importante desarrollo en materia de estadísticas sanitarias en general, en el área de salud mental no hay suficiente información actualizada, lo que limita el desarrollo de indicadores de salud mental susceptibles de ser medidos rutinariamente en el tiempo. Así, por ejemplo, la carga de enfermedad asociada a enfermedades mentales, medida a través de AVISA, fue estimada por estudios nacionales hace más de quince años(77). El único estudio de gran escala de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infantil chilena fue publicado hace más de diez años, con datos recolectados hace más de quince(78). En población adulta existen datos algo más recientes, disponibles de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, donde por primera vez se incluyó un módulo específico de salud mental que evaluó exhaustivamente deterioro cognitivo, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, psicosis, uso y abuso de sustancias y suicidalidad, así como el uso de servicios en salud mental y factores protectores y de riesgo asociados a una enfermedad mental.

En cuanto a datos asociados a la atención de salud mental, el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del MINSAL, cuenta con registros de mortalidad y egresos hospitalarios; también dispone de una plataforma con información sobre atenciones y acciones vinculadas a la atención de salud mental realizadas en la red asistencial pública de salud, cuyos datos son de acceso abierto y se encuentra actualizada al 2022. En esta línea, es necesario avanzar hacia datos representativos y actualizados de grupos específicos, como NNA, adultos mayores o trabajadores de la salud, entre otros, no solo con fines diagnósticos, sino también para la evaluación de medidas, programas o intervenciones aplicadas.

Es especialmente relevante, además, promover una adecuada integración de los datos entre diversos sectores del Estado, debido a que muchos de los factores determinantes de la salud mental escapan del ámbito de la gestión directa del sector salud, y necesitan para su abordaje una respuesta integrada del Estado. La continuidad del tránsito a través de diversos dispositivos o abordajes, no todos dependientes de salud, es uno de los elementos que inciden de manera importante en los resultados sanitarios de personas con problemas de salud mental.

Por otro lado, existen características de la investigación en salud mental que configuran un escenario que resulta necesario abordar de manera urgente e integral. En primer lugar, desde hace casi 20 años se ha reconocido que la investigación en salud mental es deficitaria, comparada con la desarrollada en otros ámbitos de la salud o “salud física”(79), situación que parece no haber cambiado de manera significativa en el último tiempo(80,81).

Por otra parte, una proporción importante del financiamiento para la investigación en salud mental a nivel global se asigna a países de altos ingresos. Si bien estas investigaciones se realizan muchas veces en países de ingresos medios y bajos, los resultados son publicados por investigadores de países de altos ingresos, lo que puede afectar las elecciones analíticas y la interpretación de los resultados si estos no se basan adecuadamente en los entornos cultu-

rales de origen, pasando por alto importantes matices culturales. Es por ello, que se necesita contar con asociaciones multinacionales sostenibles y equitativas que incluyan a todos los interesados(82).

Finalmente, los enfoques para enfrentar los problemas de salud mental se han centrado mayoritariamente en la prestación de servicios clínicos a las personas, en el nivel individual, y no en fomentar condiciones que promuevan la salud mental o en la prevención primaria de las enfermedades mentales(83). Si bien esta perspectiva ha permitido mejorar las condiciones de vida de muchas personas(84), lo cierto es que, a pesar de importantes aumentos en la provisión de servicios clínicos, esto no ha ido aparejado de una disminución en la prevalencia de los trastornos mentales más comunes (85). La investigación en salud mental debe incluir el impacto de las dinámicas comunitarias y poblacionales para promover la salud mental, prevenir enfermedades mentales y apoyar los procesos de recuperación(86).

Se presentan aquí dos áreas a desarrollar; por un lado, la generación y uso de datos en salud mental, y por otra, la generación de evidencia e investigación en salud mental.

Fortalecimiento de la generación y uso de datos de Salud Mental

Tal como se mencionó, se requiere de un sistema que genere y use datos para la acción en ámbitos tales como el monitoreo de la calidad en la atención en salud mental, el correcto uso de los recursos, y el resguardo de la equidad en la distribución de las prestaciones. La disponibilidad de datos e información permite fortalecer la toma de decisiones y su gobernanza.

Uno de los marcos estratégicos ya mencionados en este documento, la Estrategia Nacional de Salud, vela por la adecuada implementación de acciones para la consecución de los Objetivos Sanitarios de la Década de acuerdo con los mejores datos disponibles. En los Objetivos Sanitarios para 2021-2030, cinco de sus más de 50 objetivos de impacto, se refieren a la salud mental. Los objetivos de impacto y sus indicadores son:

Título	Objetivo	Indicador
Salud Mental (enfoque preventivo)	Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo	Prevalencia de autopercepción de salud mental y emocional buena o muy buena
Condiciones* Mentales (enfoque asistencial)	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a condiciones mentales	Mortalidad en exceso de egresos hospitalarios por condiciones mentales
Consumo de Drogas	Disminuir el consumo de drogas en la población de Chile reduciendo sus consecuencias sociales y sanitarias	Prevalencia de consumo en el último mes en población de 12 a 24 años
Consumo de Alcohol**	Reducir el consumo de alcohol en población general y sus consecuencias sociales y sanitarias	Prevalencia de consumo de riesgo en población de 12 a 24 años
Suicidio	Hacer del suicidio una prioridad nacional de todo el gobierno y crear capacidad multisectorial para responder a las personas afectadas por autolesiones y suicidios	Tasa de suicidio

* En este caso se ha determinado hablar de condiciones más que trastornos.

** El consumo de alcohol está contenido en otro indicador del objetivo de impacto denominado "Salud Óptima" que incluye el consumo de riesgo en población general adulta.

Asimismo, el MINSAL ha constituido la “Comisión Técnica sobre Gestión de Información en salud mental”³⁸, de carácter consultivo e intraministerial, cuyo propósito es permitir a la autoridad la toma de decisiones informadas en todos los ámbitos del sistema de salud mental, para el mejoramiento de la política pública en la materia y la calidad asistencial. Sus principales objetivos son:

- Desarrollar un sistema de gestión de información en salud mental que permita el acceso, análisis y utilización de información adecuada para la toma de decisiones a nivel poblacional e integrada a los procesos habituales de planificación sanitaria.
- Sugerir estrategias para la mejora de servicios y atención de salud mental en base a la información disponible y analizada.
- Agenciar (consolidar e integrar) la información que se maneja en salud mental, contribuyendo a la integración de los sistemas de información respetando el marco de la política de protección de datos y privacidad de la información del MINSAL.
- Proponer recomendaciones para el mejoramiento del levantamiento, recopilación, formulación de indicadores y análisis de información de salud, a las distintas unidades del Ministerio en función del objetivo priorizado.

Con ello, la comisión de datos en salud mental pretende ordenar la información para facilitar la toma de decisiones en políticas públicas. Además, se instala transversalmente en todas las líneas estratégicas, aportando en la identificación de brechas de información, diseño y levantamiento de nuevos registros, control de calidad y oportunidad de los registros y análisis y difusión de información.

Uno de los ejemplos en esta línea lo constituye la vigilancia sobre suicidio. Según el último reporte mundial de mortalidad por suicidio de la OMS, Chile es de los países con mejor calidad de información estadística sobre vigilancia de mortalidad por suicidio. Esta información ha permitido tener dos herramientas de acceso abierto: a) Reportería de Salud Mental disponible en web DEIS-MINSAL, con tasas de mortalidad por suicidio, y b) Informe de mortalidad por suicidio en Chile 2010-2019. Además, se presentan avances en la vigilancia de ideación e intentos de suicidio: la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 incorpora por primera vez la estimación de prevalencias a nivel país para ideación, planificación e intento de suicidio; asimismo, se incorporó el registro de ideación e intento de suicidio como factor de riesgo en el Resumen Estadístico Mensual, lo que permite el monitoreo en la población que ingresa al programa de salud mental en la red pública de salud. Actualmente, el DEIS lleva a cabo un piloto de vigilancia de lesiones autoinfligidas (LAIN) en diferentes regiones de manera progresiva, proyectando instalar la notificación obligatoria en todos los servicios de urgencia del país, como se mencionó en la línea de prevención de suicidio anteriormente.

³⁸ Resolución ext. N°408 del 04 de abril 2023.

Generación de evidencia e investigación en Salud Mental

En el esfuerzo por alinear la investigación en salud mental con las necesidades sanitarias del país, se hace necesario, en primer lugar, identificar las brechas de conocimientos que el país enfrenta según la información disponible en la actualidad, para posteriormente priorizar el abordaje de estas brechas en función de las oportunidades de toma de decisión que se vayan configurando.

En este sentido, se trabajará en la promoción de la generación de conocimiento relevante para la acción en dos áreas centrales para la gestión del MINSAL, siendo una de ellas el ámbito de la salud mental. Este insumo, brechas de conocimiento priorizadas, se utilizará, entre muchos otros fines, para la adecuada gestión y financiamiento de la investigación científica dependiente del MINSAL. Inicialmente, se instalará un mecanismo de incentivo a través de la ejecución de Proyectos de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS) en esta línea, y luego se continuará con la construcción de una alianza con el Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, para incidir adecuadamente en la priorización de otros instrumentos de financiamiento para proyectos científicos en ámbitos de salud mental considerados como relevantes para el desarrollo de la política pública.

Junto a esto, se espera avanzar en un modelo de desarrollo en salud pública, en este caso en el área de la salud mental, alimentado por la comisión de datos descrita en la sección anterior, y con colaboración de distintos centros de investigación de prestigio, tanto a nivel nacional como internacional. De esta manera, por una parte, se incorporará en el proceso de toma de decisión la perspectiva de la mejor evidencia científica disponible, y por otra, se velará por la adecuada implementación a nivel de los servicios.

Avances a la fecha

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: FORTALECER LOS DATOS, LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LA INVESTIGACIÓN

- Se constituye la “Comisión Técnica sobre Gestión de Información en salud mental” de carácter intraministerial, que se encuentra trabajando en coordinación con el Comité de Apoyo a la Implementación del Construyendo Salud Mental.
- Se encuentra disponible en los 29 servicios de salud del país la plataforma convergente de datos de urgencia, para entre otras cosas, alimentar el modelo de gestión de casos de intento suicida.
- Se encuentra disponible en forma mensual el Informe Epidemiológico Lesiones Auto-infligidas Intencionalmente (LAIN) atendidas en urgencias.
- Se encuentra disponible de manera pública el tablero actualizado a 2022 de reportería de atenciones en la red pública de salud mental.

EN SÍNTESIS

Construyendo Salud Mental, es un esfuerzo (2022-2026) que busca mejorar la salud mental de las personas que viven en Chile, dada la urgencia y prioridad de este problema. El plan se hace cargo de grandes brechas existentes y propone respuestas estratégicas a demandas cuyo abordaje requiere de cambios estructurales en la materia, de manera coherente con el Plan Nacional de salud mental 2017-2025, con respaldo en las orientaciones de OPS y avanzando con decisión en la implementación de los compromisos en salud mental del Programa de Gobierno.

Las acciones descritas buscan innovar en planes y programas tanto a nivel de especialidad como de APS, para dar mejor atención a las necesidades de las personas que experimentan problemas de salud mental. Durante el año 2024 se enviará el Proyecto de Ley de Salud Mental Integral, que tendrá como objetivo fortalecer la red comunitaria, asegurando financiamiento adecuado en el largo plazo y estableciendo compromisos interministeriales concretos en la incorporación de la salud mental en todas las políticas.

Construyendo Salud Mental sienta las bases para evaluar de forma integral los avances en relación con el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 y generar un nuevo Plan Nacional de Salud Mental, que sea la plataforma del desarrollo de las acciones sectoriales de salud mental para la década 2026-2035.

GLOSARIO

APS	Atención Primaria de Salud
ARSAM	Apoyo a la Respuesta en Salud Mental ante Emergencias y Desastres
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos
CENABAST	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud
CESFAM	Centro de Salud Familiar
COMGES	Compromiso de Gestión
COSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
DEIS	Departamento de Estadística e Información en Salud
DIGEDEP	División de Gestión y Desarrollo de las Personas
DIGERA	División de Gestión de la Red Asistencial
DIPRECE	División de Prevención y Control de Enfermedades
DIVAP	División de Atención Primaria
DIPOL	División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
ECICEP	Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en las Personas
EDF	Etapas de Destinación y Formación
EVNO	Eventos de Notificación Obligatoria
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FONIS	Proyectos de Investigación y Desarrollo en Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
GRD	Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres
IASC	Inter-Agency Standing Committee
IB	Intervenciones Breves
LGBTI+	Lesbiana, gay, bisexual, transgénero, intersexual, otros
mhGAP	Mental Health Global Action Programme
MINEDUC	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud

NNA	Niños, niñas y adolescentes
OAL	Organismos Administradores de la Ley
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OIRS	Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PASMI	Programa de Apoyo a salud mental Infantil
PNPS	Programa Nacional de Prevención de Suicidio
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SAR	Servicio de Alta Resolutividad
SENAPRED	Servicio Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres
SENDA	Servicio Nacional de Drogas y Alcohol
SIGTE	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera
SISI	Sistema Intersectorial de Salud Integral con énfasis en Salud Mental
SOME	Servicio de Orientación Médico-Estadística
TENS	Técnicos de Enfermería Nivel Superior
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicaciones
UEH	Unidad de Emergencia Hospitalaria
UHCIP	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría
UHTIRI	Unidad de Hospitalización de Tratamiento y Rehabilitación Intensivas

REFERENCIAS

1. IPSOS. Informe Día Mundial de la Salud mental 2022 [Internet]. Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur. 2022 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-cl/salud-mental-es-el-principal-problema-sanitario-para-los-chilenos>
2. ACHS-PUC. Termómetro de la salud mental en Chile. Sexta ronda. [Internet]. Asociación Chilena de Seguridad - Pontificia Universidad Católica. 2023 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/noticias-2022/achs-149852/tms-rond-6-conferencia.pdf>
3. Duarte F, Jimenez-Molina A. Psychological distress during the COVID-19 epidemic in Chile: The role of economic uncertainty. PLoS One [Internet]. 2021 [citado 18 de julio de 2023];16(11):e0251683. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0251683>
4. Zabaleta R, Lezcano F, Perea MV. Alfabetización en Salud mental: Revisión Sistemática de la Literatura. Psykhe [Internet]. 2022 [citado 4 de julio de 2023];32(1):1–15. Disponible en: <https://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/21787/46677>
5. Programa de Gobierno Apruebo Dignidad [Internet]. 2022 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Plan%2Bde%2Bgobierno%2BAD%2B2022-2026%2B%282%29.pdf>
6. OPS. Política para mejorar la salud mental. 30.a Conferencia sanitaria panamericana 74.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., EUA; 2022 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-9-s-politica-salud-mental_0.pdf
7. PAHO/WHO. Policy for Improving Mental Health [Internet]. Panamerican Health Organization and World Health Organization. 2023 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57237/OPASNMHMH230002_eng.pdf
8. OPS/OMS. Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la región de las Américas. 172° Sesión del Comité Ejecutivo [Internet]. Washington, D.C., E.U.A: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/ce17217-estrategia-para-mejorar-salud-mental-prevencion-suicidio-region-americas>
9. MINSAL. Plan Nacional de Salud mental 2017-2025 [Internet]. Ministerio de Salud. Santiago; 2017 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
10. MINSAL. Modelo de gestión de la red temática de Salud mental en la red general de salud.

- Ministerio de Salud [Internet]. 2018 [citado 18 de julio de 2023]; Disponible en: 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
11. MINSAL. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 [Internet]. Ministerio de Salud. 2022 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
 12. IHME. Global Burden of Diseases 2019 [Internet]. Institute of Health Metrics. 2020 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
 13. OMS. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf
 14. SENADIS. III Estudio Nacional de la Discapacidad, III ENDISC 2022 [Internet]. Servicio Nacional de la Discapacidad. 2022 [citado 11 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/693/2004/iii_estudio_nacional_de_la_discapacidad
 15. SENADIS. II Estudio Nacional de la Discapacidad, II ENDISC 2016 [Internet]. Servicio Nacional de la Discapacidad. 2016 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
 16. OMS. Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 17. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. BMC Psychiatry [Internet]. 2004 [citado 7 de noviembre de 2023];4(1):1–11. Disponible en: <https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-4-37>
 18. Brådvik L, Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P. Mental disorders in suicide and undetermined death in the Lundby Study. The contribution of severe depression and alcohol dependence. Arch Suicide Res [Internet]. 2010 [citado 7 de noviembre de 2023];14(3):266–75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20658380/>
 19. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord [Internet]. 2017 [citado 7 de noviembre de 2023];219:86–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28531848/>
 20. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 [Internet]. Ministerio de Salud. Santiago; 2017 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf
 21. OMS. Informe sobre la situación mundial de la respuesta de la salud pública a la demencia. Resumen ejecutivo [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350993/9789240038707-spa.pdf>

22. OMS. Demencia [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2023 [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
23. MINSAL. Plan Nacional de Demencia [Internet]. Ministerio de Salud; 2017 [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
24. PAHO. Dementia in Latin America and the Caribbean: Prevalence, Incidence, Impact, and Trends over Time [Internet]. Pan American Health Organization; 2023 [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57339/9789275126653_eng.pdf
25. SENAMA. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores [Internet]. Servicio Nacional del Adulto Mayor. 2009 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
26. IHME. Chile profile [Internet]. Institute of Health Metrics. 2022 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.healthdata.org/chile>
27. OPS/OMS. Abuso de sustancias [Internet]. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud; [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
28. OMS. Alcohol [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
29. PUC. Estudio del costo económico y social del consumo de alcohol en Chile [Internet]. Pontificia Universidad Católica. Actualización 2018. 2018 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/COSTO-ALCOHOL_Actualizacio%CC%81n-2018_Informe.pdf
30. SENDA. Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General, 2020. Principales resultados [Internet]. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. 2021 [citado 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/11/Estudio-completo.pdf>
31. SENDA. Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 2021. 8o Básico a 4o Medio [Internet]. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. 2023 [citado 17 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2023/07/14_EstudioDrogas_Poblacion_Escolar.pdf
32. OMS. Suicidio [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado 7 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
33. OPS. Prevención de la conducta suicida [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC; 2016 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31167/9789275319192-spa.pdf>

34. MINSAL. Informe de mortalidad por suicidio en Chile:2010-2019 [Internet]. Ministerio de Salud. 2022 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/06/2022.06.10_Informe.de.la.decada.pdf
35. Zortea TC, Brenna CTA, Joyce M, McClelland H, Tippet M, Tran MM, et al. The Impact of Infectious Disease-Related Public Health Emergencies on Suicide, Suicidal Behavior, and Suicidal Thoughts: A Systematic Review. Crisis [Internet]. 2021 [citado 5 de julio de 2023];42(6):474. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8689932/>
36. IPSOS. One Year of COVID-19 [Internet]. Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur. 2021 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/en/expectations-about-when-life-will-return-pre-covid-normal-vary-widely-across-world>
37. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, et al. Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. Child Adolesc Ment Health [Internet]. 2022 [citado 17 de octubre de 2023];27(2):173–89. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/camh.12501>
38. Larraguibel M, Rojas-Andrade R, M H, Montt ME. Impacto de la pandemia por COVID -19 en la salud mental de preescolares y escolares en Chile. Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc [Internet]. 2021 [citado 18 de julio de 2023];32(1):12–21. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/07/1377551/rev_sopnia_2021-1-12-21.pdf
39. Campion J, Javed A, Lund C, Sartorius N, Saxena S, Marmot M, et al. Public mental health: required actions to address implementation failure in the context of COVID-19. Lancet Psychiatry [Internet]. 2022 [citado 25 de septiembre de 2023];9(2):169–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35065723/>
40. Aravena C, José S, S M, Verdugo H, Sonia F, C D, et al. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con demencia: una revisión sistemática de intervenciones psicosociales. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2016 [citado 18 de julio de 2023];54(4):328–41. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v54n4/art08.pdf>
41. Bühring V, Inostroza C. Ideación e intento suicida en jóvenes lesbianas, gays y bisexuales de Chile: estudio comunitario online. Rev Med Chil [Internet]. 2022 [citado 18 de julio de 2023];150(3):324–30. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v150n3/0717-6163-rmc-150-03-0324.pdf>
42. Araya EG, González TM, Fuentes IL. Discriminación y violencia hacia jóvenes lesbianas, gays y bisexuales en Chile. Cuadernos Médico Sociales [Internet]. 2020 [citado 18 de julio de 2023];60(3):29–37. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/154/145>
43. Platt LF, Wolf JK, Scheitle CP. Patterns of mental health care utilization among sexual orientation minority groups. J Homosex [Internet]. 2018 [citado 18 de julio de 2023];65(2):135–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28346079/>

44. Crockett MA, Martínez V, Caviedes P. Barriers and Facilitators to Mental Health Help-Seeking and Experiences with Service Use among LGBT+ University Students in Chile. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [citado 18 de julio de 2023];19(24):16520. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9779696/pdf/ijerph-19-16520.pdf>
45. Urzúa A, Barrientos J, Guzmán-González M, Ulloa F. Mental health in the Chilean LGBT population in times of COVID-19. *Salud ment* [Internet]. 2022 [citado 23 de octubre de 2023];45(4):169–76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252022000400169
46. Alvarado R, Ramírez J, Lanio Í, Cortés M, Aguirre J, Bedregal P, et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study [Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers. *Rev Med Chil* [Internet]. 2021 [citado 18 de julio de 2023];149(8):1205–14. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n8/0717-6163-rmc-149-08-1205.pdf>
47. Lin YH, Lan YT, Ho YC, Chang YH, Hsiung CA, Chiou HY. The methodology to estimate the demand and supply of national psychiatric services in Taiwan from 2005 to 2030. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2023 [citado 18 de julio de 2023];79:103393. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876201822003914#bib5>
48. Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* [Internet]. 2002 [citado 18 de julio de 2023];1(1):16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/pdf/wpa010016.pdf>
49. MINSAL. Visor Ciudadano. Tiempos de Espera [Internet]. Ministerio de Salud; 2023 [citado 2 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/eje-tiempos-de-espera/>
50. OECD. Health Statistics 2019 [Internet]. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2022 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2019.pdf>
51. MINSAL. Informe Nacional Funcionamiento de la RTSM en Contexto COVID-19 2020. Ministerio de Salud; 2021.
52. WHO. Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide [Internet]. World Health Organization. 2019 [citado 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329582/9789241516730-eng.pdf>
53. UN. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health [Internet]. United Nations. Human Rights Council's 35th session. 2017 [citado 16 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/PDF/G1707604.pdf>
54. WHO/OHCHR. Mental health, human rights and legislation: guidance and practice [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2023 [citado 24 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf>

55. WHO. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. World Health Organization. 2022 [citado 15 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
56. Werntz A, Amado S, Jasman M, Ervin A, Rhodes JE. Providing Human Support for the Use of Digital Mental Health Interventions: Systematic Meta-review. J Med Internet Res [Internet]. 2023 [citado 18 de julio de 2023];6(25):e42864. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9941905/>
57. Gega L, Jankovic D, Saramago P, Marshall D, Dawson S, Brabyn S, et al. Digital interventions in mental health: evidence syntheses and economic modelling. Health Technol Assess [Internet]. 2022 [citado 18 de julio de 2023];26(1):1–182. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35048909/>
58. Balcombe L, Leo D. Evaluation of the Use of Digital Mental Health Platforms and Interventions: Scoping Review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado 18 de julio de 2023];20(1):362. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9819791/pdf/ijerph-20-00362.pdf>
59. MINSAL. Dotación de Personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud Brechas por Servicio de Salud y Especialidad [Internet]. Informe anual Glosa N°01 Letra c - Ley de Presupuesto N°21.395. Ministerio de Salud; 2021 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-de-Brechas-RHS_-Glosa-01-letra-c.pdf
60. MINSAL. Gasto en Salud. Millones de pesos constantes del año 2022, Instituciones 2003 - 2022(p) [Internet]. 2023 [citado 6 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://ies.minsal.gob.cl/reports/201>
61. Chen PV, Helm A, Caloudas SG, Ecker A, Day G, Hogan J, et al. Evidence of Phone vs Video-Conferencing for Mental Health Treatments: A Review of the Literature. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2022 [citado 18 de julio de 2023];24(10):529–39. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9437398/pdf/11920_2022_Article_1359.pdf
62. OMS. Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Pan American Health Organization; 2021 [citado 22 de octubre de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54972/9789275324639_spa.pdf
63. OMS. Enfrentando problemas plus (EP+) : ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [citado 22 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259696/WHO-MSD-MER-16.2-spa.pdf>
64. OPS/OMS. Primera Ayuda Psicológica. Guía para trabajadores de campo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2011 [citado 22 de octubre de 2023]. p. 1–64. Disponible en: <https://www.paho.org/es/node/44399>

65. MINEDUC. Plan de Reactivación Educativa 2023 [Internet]. Ministerio de Educación; 2023 [citado 22 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://reactivacioneducativa.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/127/2023/01/Plan-Reactivacion-.pdf>
66. Beltrán LR. Salud pública y comunicación social. Rev mex opinión pública [Internet]. 2021 [citado 6 de julio de 2023];31:Epub. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-49112021000200145
67. CDC. Alcohol Use and Your Health [Internet]. Division of Population Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention; 2022 [citado 22 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm>
68. WHO. Tackling NCDs. Best Buys [Internet]. World Health Organization. 2017 [citado 17 de julio de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf>
69. Söylemez BA, Özgül E, Küçükgüçlü Ö, Yener G. Telehealth applications used for self-efficacy levels of family caregivers for individuals with dementia: A systematic review and Meta-analysis. Geriatr Nurs [Internet]. 2023 [citado 18 de julio de 2023];49:178–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36565592/>
70. Gobierno Vasco. Evidencia sobre Prevención de Conducta Suicida. En: Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi [Internet]. Donostia-San Sebastián; 2019 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_preencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_preencion_suicidio_cast.pdf
71. OPS/OMS. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países [Internet]. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Pan American Health Organization; 2021 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54718/9789275324240_spa.pdf
72. WHO. Preventing suicide A resource for establishing a crisis line [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado 6 de julio de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf>
73. IASC. Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes [Internet]. Inter-Agency Standing Committee. Ginebra; 2007 [citado 4 de julio de 2023]. Disponible en: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_guidelines_mhpss_spanish.pdf
74. MINSAL. Guía para la elaboración de planes de emergencia para establecimientos de atención primaria de salud [Internet]. Ministerio de Salud; 2021 [citado 4 de enero de 2024]. Disponible en: <https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/GUÍA-PARA-LA-ELABORACIÓN-DE-PLAN-DE-EMERGENCIA-ESTABLECIMIENTOS-APS-23-12-2021-1.pdf>

75. MINSAL. Ley 21.409. Establece un descanso reparatorio para las trabajadoras y los trabajadores de la salud que indica, en reconocimiento a la labor desempeñada durante la pandemia por COVID-19 [Internet]. Ministerio de Salud; 2022 [citado 6 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1171706>
76. OMS. Sistemas de Información en Salud mental. En: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2010 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333276/9789962642435-spa.pdf>
77. MINSAL. Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible [Internet]. Ministerio de Salud. Santiago, Chile; 2007 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Informe-final-carga_Enf_2007.pdf
78. De la Barra F, Vicente B, Saldivia S, Melipillán R. Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en Niños y Adolescentes en Chile. Estado actual. Estado actual Rev Med Clínica Las Condes [Internet]. 2012 [citado 18 de julio de 2023];23(5):521–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703462>
79. Chisholm D, Flisher A, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet [Internet]. 2007 [citado 9 de noviembre de 2023];370(9594):1241–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17804059/>
80. Hazo JB, Gervais J, Gandré C, Brunn M, Leboyer M, Chevreul K. European Union investment and countries' involvement in mental health research between 2007 and 2013. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2016 [citado 8 de noviembre de 2023];134(2):138–49. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.uchile.idm.oclc.org/27145870/>
81. Chisholm D, Docrat S, Abdulmalik J, Alem A, Gureje O, Gurung D, et al. Mental health financing challenges, opportunities and strategies in low- and middle-income countries: findings from the Emerald project. BJPsych Open [Internet]. 2019 [citado 8 de noviembre de 2023];5(5). Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.uchile.idm.oclc.org/31530327/>
82. Moitra M, Owens S, Hailemariam M, Wilson KS, Mensa-Kwao A, Gonese G, et al. Global Mental Health: Where We Are and Where We Are Going. Curr Psychiatry Rep [Internet]. 2023 [citado 8 de noviembre de 2023];25(7):301. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/401230139/>
83. Purtle J, Nelson KL, Counts NZ, Yudell M. Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. Annu Rev Public Health [Internet]. 2020 [citado 9 de noviembre de 2023];41:201. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33896325/>
84. Barlow DH, Bullis JR, Comer JS, Ametaj AA. Evidence-based psychological treatments: an update and a way forward. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2013 [citado 9 de noviembre de 2023];9:1–27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23245338/>

85. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 9 de noviembre de 2023];16(1):90–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28127925/>
86. Fallin MD, Holingue C, Ostrow L, Leaf PJ, Manderscheid RW, Shern DL, et al. Hopes and Challenges Moving Forward. En: *Public Mental Health* [Internet]. Oxford University Press; 2019 [citado 9 de noviembre de 2023]. p. 549–82. Disponible en: <https://academic.oup.com/book/35087/chapter/299127649>

AUTORES

Ministra de Salud

Ximena Aguilera

Subsecretaria de Salud Pública

Andrea Albagli

Subsecretario de Redes Asistenciales

Osvaldo Salgado

Equipo Redactor Construyendo Salud Mental

Jorge Ramírez (Editor principal)

Pablo Vega

Camilo Pérez

Javiera Vivanco

Javiera Erazo

Laxmy Troncoso

Sara Correa

Sebastián Prieto

Bruno Solari

Pedro Zitko

Equipos colaboradores

DIPRECE

Fernando González

Pablo Norambuena

DIGERA

Fabiola Jaramillo

Susana Chacón

Daniel Venegas

DIVAP

Soledad Martínez

Álvaro Campos

Tania Labra

Inversiones

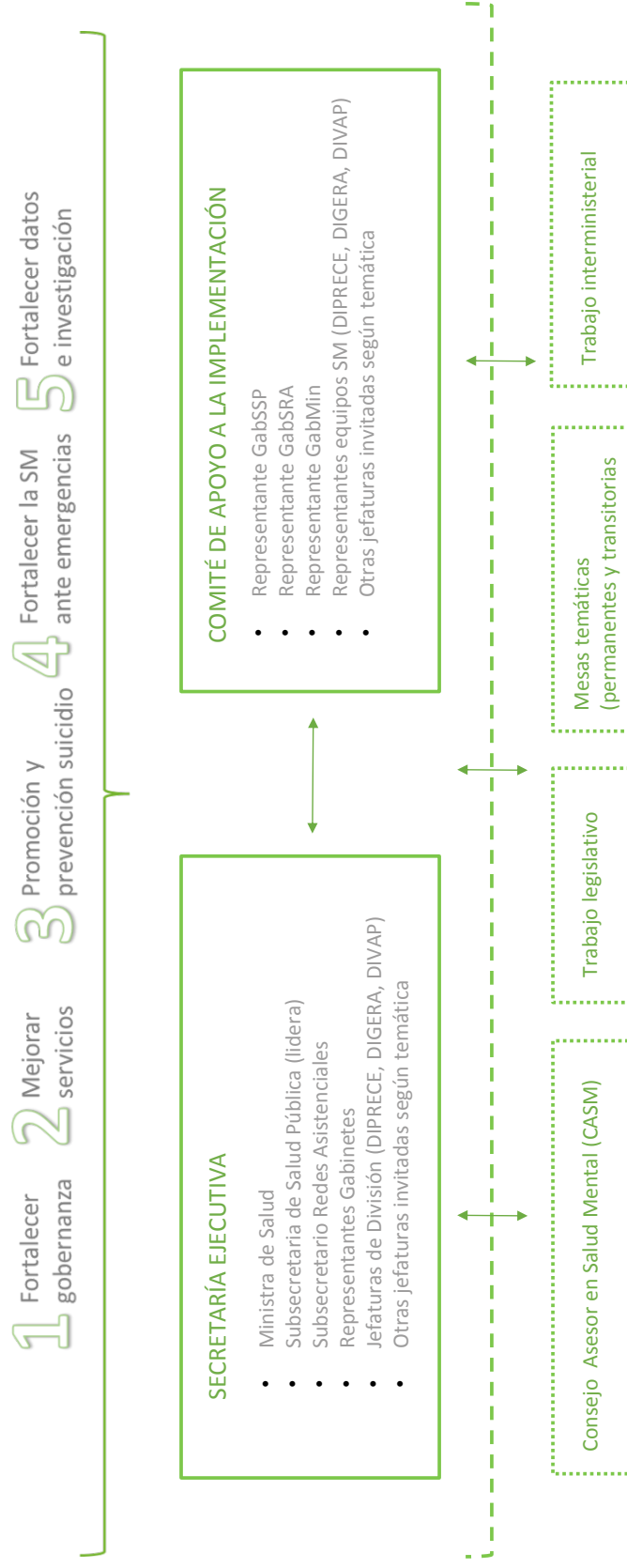
Jorge Cox

ANEXO 1: COMPROMISOS EN SALUD MENTAL DEL PROGRAMA DE GOBIERNO

1. Duplicar y aumentar el presupuesto de salud mental, desde 2,4% hasta 6% (Recomendación OMS).
2. Impulsar Ley de salud mental integral, que potenciará el desarrollo de una red organizada en el modelo comunitario de salud mental, y asegurará su adecuado financiamiento.
3. Aumentar la cobertura y calidad en salud mental en toda la red, fortaleciendo la cobertura del programa de acompañamiento psicosocial en la APS.
4. Crear al menos 15 Centros Regionales de salud mental y centros diurnos de demencia.
5. Desarrollar estrategias de implementación rápida de equipos móviles, como programas asertivos comunitarios, con intervenciones domiciliarias integrales para personas con trastornos.
6. Proponer políticas de apoyo a la vida independiente de personas con discapacidad psicosocial.
7. Desarrollar un enfoque de salud mental con perspectiva de género: potenciaremos el trabajo con el Sistema Nacional de Cuidados, y generaremos programas integrales que se hagan cargo de las consecuencias de salud mental de la violencia de género en mujeres, NNA y disidencias.
8. 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.
9. Desarrollar una campaña de educación y sensibilización para la reducción del estigma, apuntando a crear entornos sociales libres de discriminación, fortaleciendo factores protectores para la salud.
10. Realizar campañas comunicacionales para disminuir el estigma y discriminación que suele asociarse al tratamiento de salud mental y actúa como una barrera de acceso a tratamiento.
11. En salud mental perinatal fortaleceremos la red de Chile Crece Contigo y la pesquisa precoz de síntomas de salud mental en madres y padres.
12. Desarrollar un Plan de capacitaciones en salud mental para los equipos de salud: Aumentaremos la cantidad de trabajadores capacitados en salud mental en los equipos de salud (por ejemplo, en primeros auxilios psicológicos), capacitaciones para mejorar la accesibilidad y aceptabilidad de servicios de salud mental para población LGBTI+.
13. Fortalecer la atención de salud mental para personas LGBTI+ 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.

ANEXO 2: GOBERNANZA MINSAL

L I N E A M I E N T O S O P S





Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

100 AÑOS
SALUD Y
SEGURIDAD
SOCIAL