



Editorial: The structural gap in mental health in Chile. Between public discourse and territoriality

(Editorial: La brecha estructural de la salud mental en Chile. Entre palabra pública y territorialidad)

Cecilia de la Cerda Paolinelli ¹ and Nadia Ramos Alvarado ^{2,*}

¹ Department of Mediations and Subjectivities, Faculty of Social Sciences, Universidad de Playa Ancha, Chile; cecilia.delacerda@upla.cl 

² Centro de Psicología Aplicada, Faculty of Psychology, Universidad de Talca, Chile; nramos@utalca.cl 

* Correspondence: nramos@utalca.cl

Reference: de la Cerda Paolinelli, C., & Ramos Alvarado, N. (2026). Editorial: The structural gap in mental health in Chile. Between public discourse and territoriality (*Editorial: La brecha estructural de la salud mental en Chile. Entre palabra pública y territorialidad*). *Ibero-American Journal of Psychology and Public Policy*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.56754/2810-6598.2026.0058>

Reception date: 22 Dec 2025

Acceptance date: 17 Jan 2026

Publication date: 28 Jan 2026

Language: English and Spanish

Translation: Helen Lowry

Publisher's Note: IJP&PP remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2026 by the authors. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY NC SA) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Abstract: Mental health in Chile is a complex system influenced by social, economic, cultural, and political factors. Although addressing it requires the coordination of promotion, prevention, and treatment with a community and territorial focus, public policies have historically tended to emphasize an individual model, without fully integrating the social dynamics that condition well-being. The epidemiological landscape underscores the magnitude of the challenge: one in eight people worldwide has a mental disorder, with significant increases after the global pandemic. Chile is among the countries with the highest burden of psychiatric morbidity, with a growing prevalence of depression and anxiety and a steady increase in leave taken for mental health reasons. However, a significant gap in care persists: only 18.7% of people with emotional problems receive treatment. Structural inequalities are reflected in the segmentation of the healthcare system, the low availability of psychiatric beds, the shortage of specialists, and the limited coverage of the GES (Garantías Explícitas en Salud), which excludes multiple high-prevalence disorders, among other difficulties. Chronic underinvestment, at 1.7% of the health budget, much below the 12% recommended by the OECD, exacerbates these disparities. Overcoming this scenario requires strengthening research, improving information systems, incorporating a territorial and community perspective, and promoting integrated care models. Likewise, university education in psychology must combine research, teaching, and community outreach, training professionals capable of influencing public policy and responding to the needs of the mental health system. Closing the gaps requires political commitment, sustained funding, and coordinated intersectoral action.

Keywords: public policies; prevalence; funding; psychologist training; inequality; coverage.

Resumen: La salud mental en Chile es un sistema complejo influido por factores sociales, económicos, culturales y políticos. Aunque su abordaje exige articular promoción, prevención y tratamiento con enfoque comunitario y territorial, las políticas públicas han tendido históricamente a enfatizar un modelo individual, sin integrar plenamente las dinámicas sociales que condicionan el bienestar. El panorama epidemiológico evidencia la magnitud del desafío: una de cada ocho personas presenta un trastorno mental a nivel global, con alzas significativas post pandemia. Chile se encuentra entre los países con mayor carga de morbilidad psiquiátrica, con creciente prevalencia de depresión y ansiedad y un aumento sostenido de licencias por causas de salud mental. Sin embargo, persiste una profunda brecha de atención: el 18,7% de las personas con problemas emocionales reciben tratamiento. Las inequidades estructurales se expresan en la segmentación del sistema de salud, la baja disponibilidad de camas psiquiátricas, la insuficiencia de especialistas y la limitada cobertura del GES, que excluye múltiples trastornos de alta prevalencia, entre otras dificultades. La subinversión crónica —1,7% del presupuesto sanitario, muy por debajo del 12% recomendado por la OCDE— agrava estas brechas. Superar este escenario requiere fortalecer la investigación, mejorar los sistemas de

información, incorporar la perspectiva territorial y comunitaria, y promover modelos de atención integrados. Asimismo, la formación universitaria en psicología debe articular investigación, docencia y vinculación con el medio, formando profesionales capacitados para incidir en políticas públicas y responder a las necesidades del sistema de salud mental. El cierre de las brechas exige compromiso político, financiamiento sostenido y una acción intersectorial coordinada.

Palabras clave: políticas públicas; prevalencia; financiamiento; formación de psicólogos; inequidad; cobertura.

Resumo: A saúde mental no Chile constitui um sistema complexo, influenciado por fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Embora seu enfrentamento exija a coordenação de ações de promoção, prevenção e tratamento com foco comunitário e territorial, as políticas públicas historicamente têm tendido a enfatizar um modelo individual, sem integrar plenamente as dinâmicas sociais que condicionam o bem-estar. O panorama epidemiológico demonstra a magnitude do desafio: uma em cada oito pessoas no mundo sofre de algum transtorno mental, com aumentos significativos no período pós-pandemia. O Chile está entre os países com maior carga de morbidade psiquiátrica, com crescente prevalência de depressão e ansiedade e aumento contínuo de afastamentos do trabalho por motivos de saúde mental. No entanto, persiste uma profunda lacuna no atendimento: apenas 18,7% das pessoas com problemas emocionais recebem tratamento. As desigualdades estruturais se refletem na segmentação do sistema de saúde, na baixa disponibilidade de leitos psiquiátricos, na escassez de especialistas e na cobertura limitada do GES (Garantias Explícitas de Saúde), que exclui muitos transtornos de alta prevalência, entre outras dificuldades. O subinvestimento crônico – 1,7% do orçamento da saúde, bem abaixo dos 12% recomendados pela OCDE – agrava essas lacunas. Superar essa situação exige o fortalecimento da pesquisa, a melhoria dos sistemas de informação, a incorporação de uma perspectiva territorial e comunitária e a promoção de modelos de atenção integrada. Do mesmo modo, a formação em psicologia no ensino superior deve articular pesquisa, ensino e engajamento comunitário, formando profissionais capazes de influenciar políticas públicas e responder às necessidades do sistema de saúde mental. Preencher essas lacunas exige compromisso político, financiamiento contínuo e ação intersectorial coordenada.

Palavras-chave: políticas públicas; prevalência; financiamiento; formação de psicólogos; inequidade; cobertura.

1. Introduction: Mental health as a complex and priority system

Mental health (MH) is defined as a state of mental well-being that enables individuals to cope with the stresses of life, develop their potential, study and work productively and successfully, and contribute to their community (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023b). Its protection is a human right intrinsically linked to respect for human dignity, requiring the State to assume broad duties to promote and uphold it (Senado de la República de Chile, 2024). It is a complex and delicate system where social, cultural, economic, political, and environmental factors converge (Organización Mundial de la Salud [WHO], 2022a); therefore, addressing it requires an interconnected network of organizations, individuals, and actions that come together to prioritize its promotion, restoration, and maintenance (OPS, 2023a).

Despite advances in recent years, Chile continues to face a MH crisis, which has not been sufficiently addressed, with significant gaps between MH policies and their implementation in the public system (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2022). The network of interactions through which some individuals' actions alter the context for others (Cilliers, 2002) is pivotal to social integration, affecting people's access to health services, emotional support, and community resources (Espinoza & Otero, 2024). Historical contingencies have promoted public policies with differing emphases and particular forms of care that shape the psychosocial, work, and relational conditions in which we live, producing affective subjectivities in a scenario that makes it impossible to manage MH as

a collective process. Thus, although MH is traditionally addressed as an individual problem, it is essential to understand how social structures influence social cohesion, access to resources, and the overcoming of inequalities.

To address this issue, the following sections will present an updated diagnosis of the prevalence of MH disorders and their coverage, as well as the gaps that remain in the health system, followed by a reflection on the implications of these elements. We close this editorial with some proposals for action, arguing that Chile needs a political commitment that prioritizes addressing MH with structural adjustments responsive to the intersectoral needs of the territories and with sufficient resources allocated for their implementation.

2. Diagnosis

It is estimated that one in eight people worldwide suffers from some form of mental disorder. The most common are anxiety and depressive disorders, which increased by 25% during the first year of the pandemic; MH services were unable to respond to this demand, which widened the therapeutic gap (OMS, 2002b). Latin America is one of the most affected regions in this regard (OPS, 2023b), and at 23.2%, Chile ranks among the countries with the highest burden of morbidity from psychiatric disorders (MINSAL, 2023). The 2024 report by the Superintendency of Social Security reports that 72% of classified occupational diseases are MH-related, and this has increased over previous years (Gana, 2025). The latest Mental Health Study (Observatorio de Salud Mental Chile, 2025), conducted in October 2025, found that 48.8% of respondents reported that their MH was poor, with the figure rising to 60% among adolescents. In addition, 60% of older adults, 48% of children and adolescents, and 57% of adults report depression, while 31% of adults, 33% of older adults, and 25% of children and adolescents report anxiety disorders.

Although the high demand for MH care is absorbed by primary health care (PHC; MINSAL, 2024), there are structural elements of the system that are relevant. The lack of space at specialized levels generates counter-referrals to PHC (de la Parra et al., 2018; Minoletti et al., 2014), creating an overload and limiting the ability of MH teams to provide effective care (MINSAL, 2024), contributing to the chronicity of users maintained in long-term follow-up status (Zuñiga et al., 2023). Another relevant factor is a lack of administrative flexibility; this limits scheduling according to users' needs and makes offering weekly psychotherapy with the same professional difficult (MINSAL, 2018b). A shortage of specialized human resources exacerbates this situation: the number of psychiatrists, clinical psychologists, child psychiatrists, and specialized nurses is inadequately and unevenly distributed across the various municipalities and regions, which limits coverage (Minoletti et al., 2018). Psychologists provide most MH care in PHC, but with limited staffing (Minoletti et al., 2018), which leads to overload, demotivation due to a lack of visible clinical results, and high staff turnover (Zuñiga et al., 2023).

There is also evidence of the absence of a cross-cutting and standardized approach to the management and treatment of MH disorders, which leads to disparate responses among teams and PHC centers across the country (Minoletti et al., 2018). Additionally, there is a limited ability to detect, diagnose, and refer MH disorders promptly, complicating the provision of treatments that aligns with the severity and needs of the user (Minoletti et al., 2014). Added to this is the heterogeneous training of psychologists in Chile, and many lack specific training to work in the health system, let alone in a PHC setting. This lack of training negatively impacts their confidence and ability to address more complex MH issues (de la Parra et al., 2019).

However, the most dramatic gap lies in how many of those people actually receive care. Coverage remains low, attending only 20% of the population with MH disorders (MINSAL, 2024). This results in long waiting times (an average of 86 days between screening and diagnostic consultation), low frequency of contacts (an average of 4 per person per year), and a low percentage of clinical discharges (Minoletti et al., 2018). In addition, coverage under the Explicit Health Guarantees (GES) scheme is limited to five neuropsychiatric pathologies: depression, schizophrenia, substance use, bipolar disorder, and dementia, leaving many other conditions uncovered, including anxiety, eating, obsessive-compulsive, personality, and post-traumatic stress disorders. Data from the 2016-2017 national health survey indicate that only 18.7% of people with emotional problems (including alcohol or drug use) had received treatment in the previous 12 months. Of those identified with depression, 36.1% reported being in GES/AUGE treatment for this condition (MINSAL, 2018a).

Importantly, updating estimates of access to and coverage of MH care is challenging because existing data report care provided to diagnosed cases in the public or private system. This approach fails to capture the needs of the population that remains outside detection processes, rendering them invisible and without access to appropriate treatment. To quantify these inequalities in coverage in other ways, reference can be made to the figures for medical leave accepted in the private health system, where, in 2022, only 20% of all MH-related medical leave requests were authorized, making it the diagnostic group with the lowest authorization rates (Superintendencia de Salud, 2023).

Another important factor is the segmentation of the health care system in Chile, where, according to 2022 data, a majority of 78% is affiliated with the public system through the National Health Fund (FONASA), and 15.3% with private health insurers or ISAPREs (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024). Access, reimbursement, coverage, and availability of providers vary, while private providers can expedite treatment for some conditions (at a premium), the public system has long waiting lists and a shortage of specialists, resulting in considerable delays in care.

The availability of psychiatric beds or specialized hospital units is also critical. Data obtained between 2002 and 2023 show a 6.3% decrease in available beds. In 2023, in both the public and private sectors, a total of 38,111 hospital beds were reported, 1.92 per thousand inhabitants (Duarte, 2025). Of these, only 2,596 could be used for adult and pediatric psychiatric hospitalization, 6.8% fewer than those available in 1989 (Duarte, 2025).

3. Implications

The scenario described makes it possible to argue that Chile is currently facing a MH crisis that has not been adequately addressed and which exhibits several gaps: an epidemiological gap, given the high prevalence of MH issues not covered; a financial gap, due to sustained underinvestment of 1.7% of GDP in MH; and, finally, a structural/systemic gap, associated with the lack of integration of the programs, policies, and social and community factors involved in MH care.

Funding shortfalls for MH persist, with the proposal set out in the 2017-2025 National Mental Health and Psychiatry Plan (MINSAL, 2017) to allocate 6% of the total health budget to MH, and Chile is well below the 12% recommended by the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD; Errázuriz et al., 2015). This requires not only reducing the current gaps between public policy and the implementation of strategies but also fine-tuning these policies and the resources allocated to

community work and health-promotion activities, given that spending on MH in these areas is still very limited (11% for community MH services, 10% for MH in primary care, and 3.6% for MH prevention and promotion; OMS, 2025).

The Comprehensive Action Plan on Mental Health 2013–2030 (OMS, 2022a) proposes four priority objectives to reduce structural inequalities: effective governance, integrated care adapted to community-based settings, development of prevention and promotion strategies, and strengthened MH research. These objectives should be addressed to improve our MH indicators.

4. Ideas for action

The prevalence of MH disorders in Chile demands flexible, high-quality MH services with the ability to resolve issues. There have been several substantive advances in this regard. Care for low- to medium-complexity mental disorders has been strengthened in PHC, which accounts for 65% of the services provided by the public health system's Mental Health Program (MINSAL, 2024). Progress has been made by increasing human resources and intervention programs, and incorporating new pathologies into the GES (MINSAL, 2013). Additionally, the Ministry of Health implemented the Strategy for Improving the Quality of Mental Health Care in PHC in 20% of the country's family health centers (MINSAL, 2025), restructuring, organizing, and optimizing care processes. In addition, Law 21.331 (2021) “On the recognition and protection of the rights of persons in mental health care” was recently enacted, promoting integrative care, non-discrimination, and equitable access to health care, which has been a major advance in protecting individuals.

Recognizing these advances and following the proposals of the Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 (OMS, 2022a), in relation to effective governance, we note with concern the impact that the change of government, which will occur in Chile in March 2026, will have on MH care. The need to bridge the gaps between public policies and the application of government strategies requires a criterion of continuity that emphasizes MH promotion and comprehensive care, which seems inconsistent with the public spending cuts proposed by the incoming government.

Like all adaptive systems, the MH system is vulnerable at certain tipping points, where a seemingly small intervention can produce substantial structural change (de Savigny & Adam, 2009; Meadows, 1999). Hence, it is necessary to emphasize community work, designing strategies that facilitate the integration of informal support networks, such as families and communities, into the health system, as they are important factors in treatment adherence and reducing the social barriers that hinder access to adequate care in family health centers.

Grassroots-level policy implementers take on a central role, namely, public health workers responsible for dealing directly with users and executing policies not of their own making, with action plans and demands for results imposed from above. In response, they use their margin of relative autonomy to reinterpret and reformulate such action plans according to established priorities (de Savigny & Adam, 2009; Meadows, 1999). Their lack of participation in the design of the interventions they are required to implement and the frustration this causes creates resistance and conflict in teams, which requires careful consideration to promote understanding and integrate their points of view. To this end, innovative methods must correspond to the complex nature of health system-related interventions. This requires greater support for funding and prioritization of research on these connections (de Savigny & Adam, 2009; Meadows, 1999). In the case of MH, approaches grounded in knowledge translation are particularly effective

because they focus on identifying the relationships or connections between intervention practices and public policies, fostering a new common space for understanding.

As for the development of MH research, greater investment is needed to not only strengthen information systems, scientific data, and research quality but also to integrate new actors and methodologies. The aim is to improve the researchers' skills and develop forms of university collaboration around national priorities. On the one hand, operational research with a direct interest in the development and execution of public services is promoted, and on the other, efforts aimed at fostering and supporting the human rights of people with mental disorders. Both lines are conceived from the inclusion and contributions of all the actors involved, reflecting the experiences of practitioners from various disciplines, as well as the subjectivities and life stories of people with mental disorders or psychosocial disabilities, who are the main protagonists of the complexity of the structures.

If this is considered from the perspective of a university system that encourages its academics to integrate research, teaching, and community outreach (Law 21.094, 2018), a major disciplinary challenge for psychology is to coordinate research and education, delving more deeply into both applied studies and training in public policy. The aim is to create a profile of future professionals who, instead of limiting their role to "clinical service provision", are capable of influencing the design, improvement, and implementation of MH systems.

It is therefore essential to include the findings of recent clinical and operational research in undergraduate university education. Reviewing evidence-based treatments during initial training can bring empirical studies from the world of research closer to psychotherapeutic practices and psychosocial interventions, establishing capacities for updating and continuing education from the outset of disciplinary training. However, generic skills and core clinical competencies are also important, enabling graduates to respond to current demands, particularly in public health, which is an important source of employment for recent graduates. These skills include interdisciplinary work, understanding and integration of community approaches to MH, development of tiered intervention models, telepsychology, continuous evaluation of effectiveness, and cultural, territorial, and rights-based competencies, considering gender differences and the rights of sex-gender diversities.

5. Conclusions

Despite the impact of MH on people's quality of life, historically, it has not been a central concern in public policy and addressing it has been attributed to individual responsibility within the care system. However, events such as the 2019 social uprising in Chile and the pandemic have brought psychological suffering to the fore as a collective issue, highlighting and revealing the gaps in MH care that exist in our country: high prevalence rates, insufficient hospital coverage and infrastructure, and a shortage of specialized human resources. Low investment in MH triggers an unequal centralized-regional and rural-urban distribution in access to specialized treatment, long waiting times for care, lack of coordination among services, unequal coverage for different pathologies, and low investment in promotion, poor monitoring, evaluation, and follow-up with quality data that would enable evidence-based decision-making, among other issues.

We believe that a clear and open political commitment to addressing MH as a national priority is essential. This commitment should translate into a budgetary increase for this area, as well as coordinated work among different government ministries to



address social factors, taking into account intersectoral and territorial needs. Evidence-based decision-making is essential to strengthening coverage, expanding services and infrastructure, training human resources, and establishing guidelines for addressing various mental-health conditions. It also requires the incorporation of key actors (experts by experience) throughout the process, which we believe will contribute to bridging the existing gaps. This challenge requires collaborative efforts, also involving universities, to coordinate the training of future psychology professionals with the needs of public MH services, on the one hand, and to ensure that these aspects are taken into account in a regulatory system for the profession on the other (Cornejo & Lira, 2025).

Editorial: La brecha estructural de la salud mental en Chile. Entre palabra pública y territorialidad

1. Introducción: La salud mental como sistema complejo y prioritario

La salud mental (SM) se define como un estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a su comunidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023b). Su protección constituye un derecho humano directamente relacionado con el respeto a la dignidad humana, lo que precisa establecer deberes generales del Estado para promoverla y protegerla (Senado de la República de Chile, 2024). Se trata de un complejo y delicado sistema en que confluyen determinantes sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022a), por lo que su abordaje requiere de una red interconectada de organizaciones, personas y acciones que confluyan en priorizar su promoción, restauración y mantención (OPS, 2023a).

Pese a los avances de los últimos años, en Chile se sigue enfrentando una crisis en SM, la que ha sido insuficientemente abordada, con importantes brechas entre las políticas de SM y su implementación en el sistema público (Ministerio de Salud de Chile [MINSAL], 2022). La trama en que las acciones de unos cambian el contexto para otros (Cilliers, 2002), juega un papel central en la integración social de las personas, afectando su acceso a servicios de salud, apoyo emocional y recursos comunitarios (Espinoza & Otero, 2024). Las contingencias históricas han promovido políticas públicas con énfasis diversos, formas particulares de cuidados que modelan las condiciones psico-sociales, laborales, y relacionales en que habitamos, y dan forma a subjetividades afectivas situadas en un escenario que imposibilita gestionar la salud mental como parte de procesos colectivos. De este modo, aunque tradicionalmente el abordaje de la SM se plantea como problemática individual, resulta imprescindible comprender cómo las estructuras de sociabilidad influyen en la cohesión social, el acceso a recursos y la superación de las desigualdades.

Para abordar esta problemática, en las secciones siguientes se presentará un diagnóstico actualizado de las prevalencias de las patologías de salud mental y su cobertura y las brechas que subsisten en el sistema de salud, reflexionando luego acerca de las implicancias de estos elementos. Cerramos esta editorial con algunas propuestas de acción, concluyendo que se requiere en Chile un compromiso político que otorgue prioridad al abordaje de la SM con ajustes estructurales que consideren necesidades intersectoriales de los territorios y con asignación de recursos suficientes para su implementación.

2. Diagnóstico

A nivel mundial se estima que una de cada ocho personas padece algún trastorno mental. Los más comunes son los trastornos ansiosos y depresivos, que aumentaron un 25% durante el primer año de pandemia, con servicios de salud mental que no pudieron responder a esa demanda ampliando la brecha terapéutica (OMS, 2002b). América Latina es una de las regiones más impactadas por este problema (OPS, 2023b) y Chile ha sido ubicado entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas con un 23,2% (MINSAL, 2023). El informe 2024 de la Superintendencia de Seguridad Social reporta que el 72% de las enfermedades profesionales calificadas corresponden a SM, lo que ha ido en aumento respecto a años anteriores (Gana, 2025). En el último Estudio de Salud Mental (Observatorio de Salud Mental Chile, 2025), realizado en octubre 2025, se encontró que el 48,8% de los encuestados

reporta por autopercepción que su SM es mala, y pésima en el caso de los adolescentes (60%). Además, un 60% de los adultos mayores, 48% de la población infanto-juvenil y 57% en adultos reportan depresión; y un 31% de los adultos, 33% en personas mayores y 25% de la población infanto-juvenil, declaran trastorno ansioso.

A pesar de que la alta demanda de atención en salud mental es absorbida por el nivel de Atención Primaria en Salud (APS; MINSAL, 2024), existen aspectos estructurales del sistema que siguen siendo relevantes. La falta de cupos en niveles especializados genera contrarreferencias hacia la APS (de la Parra et al., 2018; Minoletti et al., 2014) que produce una sobrecarga, con limitaciones de gestión por parte de los equipos de SM para ofrecer una atención resolutive (MINSAL, 2024), contribuyendo a la cronificación de usuarios en estado de “control” (Zuñiga et al., 2023). Otro factor relevante es la rigidez administrativa, que limita una programación según las necesidades de los usuarios, y dificulta ofrecer psicoterapia semanal con el mismo profesional (MINSAL, 2018b). Este panorama, se agudiza debido al déficit de recursos humanos especializados: la cantidad de psiquiatras, psicólogos clínicos, psiquiatras infantiles, y enfermería especializada, está distribuida inadecuada e inequitativamente en las diversas comunas y regiones, lo que limita la cobertura (Minoletti et al., 2018). La mayoría de las atenciones en SM en APS son realizadas por psicólogos, pero con una limitada dotación (Minoletti et al., 2018), lo que genera sobrecarga, desmotivación por falta de resultados clínicos visibles y alta rotación de profesionales (Zuñiga et al., 2023).

También se evidencia la falta de un enfoque transversal y estandarizado en el abordaje y tratamiento de los trastornos de SM, lo que genera una respuesta desigual entre equipos y centros de APS a lo largo del país (Minoletti et al., 2018). Además, hay una limitada capacidad para detectar, diagnosticar y derivar oportunamente trastornos de SM, dificultando la entrega de tratamientos adecuados a la gravedad y necesidades del usuario (Minoletti et al., 2014). A esto se suma la formación heterogénea de los/as psicólogos/as en Chile, ya que muchos no reciben preparación específica para trabajar en el sistema de salud, y menos aún en el contexto de APS. Esta falta de formación impacta negativamente en su confianza y seguridad para abordar los problemas de SM de una complejidad mayor (de la Parra et al., 2019).

Sin embargo, la brecha más dramática radica en cuántas de esas personas efectivamente reciben atención. La cobertura sigue siendo baja, atendiendo solo al 20% de la población con trastornos de SM (MINSAL, 2024). Esto se traduce en largos tiempos de espera —con un promedio de 86 días entre el tamizaje y la consulta diagnóstica— baja frecuencia de atenciones (promedio de 4 por persona al año) y un reducido porcentaje de altas clínicas (Minoletti et al., 2018). Además, la cobertura de las Garantías Explícitas en Salud (GES) se limita a cinco patologías de carácter neuropsiquiátrico: depresión, esquizofrenia, consumo de sustancias, trastorno afectivo bipolar y demencias, quedando muchas otras condiciones sin cobertura, entre otros, los trastornos ansiosos, alimentarios, obsesivo-compulsivo, de personalidad y de estrés postraumático. Los datos de la encuesta nacional de salud 2016-2017 indican que solo el 18,7% de las personas con problemas emocionales (incluido el uso de alcohol o drogas) habían recibido tratamiento en los últimos 12 meses, y de las personas identificadas con depresión, el 36,1% reportó estar en tratamiento GES/AUGE por esta patología (MINSAL, 2018a).

Es importante connotar que existe una dificultad en la estimación actualizada del acceso y cobertura en salud mental, pues los datos existentes reportan atenciones otorgadas por el sistema público o privado en relación a los casos diagnosticados, sin reflejar las necesidades de la población que queda fuera de la pesquisa, quedando invisibilizadas en sus necesidades y sin acceso a tratamientos

adecuados. Para dimensionar estas desigualdades en la cobertura de otras formas, podemos recurrir a las cifras de licencias médicas aceptadas en el sistema de salud privado, donde, durante 2022, sólo el 20% del total de licencias médicas tramitadas por salud mental fueron autorizadas, conformando el grupo diagnóstico con más bajos índices de licencias autorizadas (Superintendencia de Salud, 2023).

Otro factor de peso es la segmentación del sistema de salud en Chile, donde, según cifras de 2022, una mayoría de un 78% está afiliada al sistema público en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y un 15,3% a entidades privadas o ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional; Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024). El acceso, reembolso, cobertura y disposición de los prestadores son diversas, mientras los privados pueden cubrir algunas condiciones con mayor rapidez (aunque con costos asociados), el sistema público tiene largas listas de espera y falta de especialistas, lo que puede demorar significativamente la atención.

Es también crítica la disponibilidad de camas psiquiátricas o unidades hospitalarias especializadas. Datos obtenidos entre 2002 y 2023 muestran un descenso de 6,3% de las camas disponibles. En 2023, incluyendo ambos sectores, público y privado, se reportaron un total de 38.111 camas hospitalarias, 1,92 por cada mil habitantes (Duarte, 2025). De aquellas, solo 2.596 podían destinarse a hospitalización psiquiátrica de adultos y pediátrica, un 6,8% menos que las disponibles en 1989 (Duarte, 2025).

3. Implicancias

El escenario descrito nos permite sostener que Chile hoy enfrenta una crisis en salud mental insuficientemente abordada y con diversas brechas: la epidemiológica, dada la alta prevalencia de problemas de salud mental no cubiertas; la financiera, por una subinversión sostenida de 1,7% del PIB en SM; y, finalmente, una brecha estructural/sistémica, asociada a la falta de integración de los programas, las políticas y los factores sociales y comunitarios implicados en el cuidado de la SM.

Las deficiencias de financiamiento de la SM persisten sin que se haya alcanzado la propuesta establecida en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025 (MINSAL, 2017) que buscaba destinar el 6% del presupuesto total de salud a SM, encontrándonos muy por debajo del 12% recomendado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE; Errázuriz et al., 2015). Esto implica, no solo disminuir las actuales brechas entre la política pública y la implementación de las estrategias, sino que también es necesario ajustar estas políticas y los recursos para el trabajo comunitario y de promoción de salud puesto que el gasto en SM en estas áreas es muy reducido (11 % servicios comunitarios de salud mental, 10% salud mental en atención primaria, 3,6% prevención y promoción de la salud mental; OMS, 2025).

El Plan De Acción Integral Sobre Salud Mental 2013–2030 (OMS, 2022a), propone, como una manera de reducir las inequidades estructurales, cuatro objetivos prioritarios: gobernanza eficaz, atención integral y adaptable a entornos comunitarios, desarrollo de estrategias de prevención y promoción, y fortalecer la investigación en salud mental; los que debieran ser abordados para mejorar nuestros indicadores de SM.

4. Ideas para la acción

La prevalencia de los trastornos de salud mental en Chile demanda servicios de salud mental flexibles, de calidad y con capacidad resolutive. En tal sentido, ha habido diversos y sustantivos avances. Se ha fortalecido la atención de trastornos mentales de baja a mediana complejidad en APS, que concentra el 65% de las prestaciones del Programa de Salud Mental del sistema público (MINSAL,

2024). Se ha avanzado aumentando recursos humanos, programas de intervención y la incorporación de las nuevas patologías en el GES (MINSAL, 2013). Por otra parte, el MINSAL aplicó la Estrategia de Mejora de la Calidad de la Atención en Salud Mental en APS en el 20% de los Centros de Salud Familiar del país (MINSAL, 2025) reestructurando, organizando y optimizando los procesos de atención. Además, recientemente se promulgó la Ley 21.331 (2021) “Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental” que promueve la atención integral, la no discriminación y el acceso equitativo a la salud, lo que ha significado un gran avance en la protección de las personas.

Reconociendo estos avances y siguiendo las propuestas del Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013–2030 (OMS, 2022a), en relación con la gobernanza eficaz, observamos con preocupación el impacto que el cambio de gobierno, que ocurrirá en Chile en marzo de 2026, podría traer en el cuidado de la SM. La necesidad de disminuir las brechas entre las políticas públicas y la implementación de las estrategias gubernamentales requiere un criterio de continuidad que priorice la promoción y atención integral de la SM, lo que parece no condecirse con la disminución del gasto público propuesta por el futuro gobierno.

La SM, como todo sistema adaptativo, es vulnerable en ciertos puntos de inflexión, donde una intervención aparentemente pequeña puede producir un cambio sustancial a nivel estructural (de Savigny & Adam, 2009; Meadows, 1999). En este contexto, se requiere enfatizar el trabajo comunitario, generando estrategias que faciliten la integración de las redes informales de apoyo, como las familiares y comunidades en el sistema de salud, ya que son determinantes en la adherencia al tratamiento y en la reducción de barreras sociales que dificultan el acceso a la atención adecuada en los Centros de Salud Familiar.

Adquieren un rol central los *ejecutores de políticas a nivel popular*, los y las trabajadoras del sistema de salud pública que tienen a cargo el trato directo con las y los usuarios y que ejecutan políticas que no son obra suya con planes de acción y exigencia de resultados propuestos verticalmente. Para responder, utilizan el margen de relativa autonomía de que disponen para reinterpretarlos y reformularlos con arreglo a prioridades situadas (de Savigny & Adam, 2009; Meadows, 1999). Su falta de participación en el diseño de las intervenciones que deben aplicar y la frustración que ello conlleva, genera resistencias y conflictos en los equipos que requieren una elaboración reflexiva que promueva la comprensión e integre sus puntos de vista. Para ello es importante contar con métodos innovadores que se correspondan con el carácter complejo de las intervenciones relativas a los sistemas de salud. Ello requiere un mayor apoyo a la financiación y una priorización de investigación acerca de estas vinculaciones (de Savigny & Adam, 2009; Meadows, 1999). En el caso de la SM, son especialmente fructíferos los enfoques basados en la traducción del conocimiento, centrados en identificar las relaciones o conexiones entre prácticas de intervención y políticas públicas, propiciando un nuevo espacio común de entendimiento.

En cuanto al desarrollo de la investigación en salud mental, se requiere de mayor inversión que permita no solo el fortalecimiento de sistemas de información, datos científicos y calidad de las investigaciones, sino también la incorporación de nuevos actores y metodologías. Se propone mejorar las capacidades de quienes investigan, así como las formas de colaboración universitaria que desarrollan en torno a las prioridades nacionales. Se fomentan, por un lado, investigaciones operacionales con interés directo en el desarrollo e implementación de los servicios de atención pública y, por otro, en la promoción y acompañamiento en el ejercicio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Ambas líneas se conciben desde la inclusión y aportes de todos los actores involucrados, abordando las experiencias de tratantes de diversas disciplinas, pero también las subjetividades e historias de

vida de las personas con trastornos mentales o discapacidades psicosociales, principales protagonistas de la complejidad de las estructuras.

Si ahora lo ponemos en la perspectiva de un sistema universitario que fomenta en sus académicos la integralidad de funciones de investigación, docencia y vinculación con el medio (Ley 21.094, 2018), un primer gran desafío disciplinar para la psicología es articular investigación y docencia, profundizando tanto en los estudios aplicados como en la formación en políticas públicas, intencionando un perfil de futuros profesionales que, más allá de ser “mano de obra clínica”, sean capaces de incidir en el diseño, mejoramiento e implementación de sistemas de salud mental.

Para ello es indispensable incluir los hallazgos de la investigación clínica y operacional reciente en la formación universitaria de pregrado. Revisar durante la formación inicial los tratamientos basados en evidencias puede acercar estudios empíricos provenientes del mundo de la investigación las prácticas psicoterapéuticas e intervenciones psicosociales, instalando desde el inicio de su formación disciplinar capacidades de actualización y formación continua. Pero también son importantes las habilidades genéricas y competencias clínicas transversales, que permitan responder a las demandas actuales en especial de la salud pública, importante fuente laboral para quienes recién egresan, potenciando habilidades de trabajo interdisciplinario, comprensión e integración de enfoques comunitarios en salud mental, elaboración de modelos escalonados de intervención, telepsicología, evaluación continua de efectividad, y competencias culturales, territoriales y con perspectiva de derechos, considerando las diferencias de género y los derechos de las diversidades sexo-genéricas.

5. Conclusiones

A pesar del impacto de la SM en la calidad de vida de las personas, históricamente no ha sido una preocupación central en la política pública y para su abordaje se le ha atribuido una responsabilidad individual en el sistema de cuidados. Sin embargo, acontecimientos como el estallido social ocurrido en Chile en 2019 y la pandemia han visibilizado el sufrimiento psicológico como un asunto colectivo, relevando y develando las brechas en salud mental existentes en nuestro país: altas prevalencias, cobertura e infraestructura hospitalaria insuficiente y déficit de recursos humanos especializados. La baja inversión en salud mental desencadena una desigual distribución centralizada-regional y rural-urbana para el acceso a tratamientos especializados, largos tiempos de acceso a atención, falta de articulación entre los dispositivos, cobertura desigual por patologías y baja inversión en promoción, déficit de monitoreo, evaluación y seguimiento con datos de calidad que permitan la toma de decisiones con evidencia, entre otros.

Creemos que es fundamental un compromiso político, claro y abierto, sobre el abordaje de la SM como una prioridad nacional, que se traduzca en aumento del presupuesto para esta área, así como un trabajo articulado entre los diferentes ministerios para abordar los determinantes sociales considerando las necesidades intersectoriales y territoriales, se requiere de la toma de decisiones basada en la evidencia que fortalezca la cobertura, que amplíe los servicios y la infraestructura, que forme al capital humano y que entregue lineamientos para el abordaje de las diferentes patologías de salud mental, así como también la incorporación de actores claves (expertos por experiencia) en todo el proceso, lo que creemos permitirá acortar las brechas existentes. Este desafío requiere de un trabajo mancomunado, incorporando también a las universidades, para articular la formación de futuros profesionales de la psicología con las necesidades de los servicios de salud mental pública, por una parte, y por otra, que estos aspectos puedan ser considerados en un sistema regulatorio de la profesión (Cornejo & Lira, 2025).

References

- Cilliers, P. (2002). Complexity and postmodernism: Understanding complex systems. Taylor & Francis e-Library.
- Cornejo, C., & Lira Mendiguren, G. (2025). Editorial: The opportunity for a unified knowledge examination in Psychology (Editorial: La oportunidad de un examen único de conocimientos en Psicología). *Ibero-American Journal of Psychology and Public Policy*, 2(2), 168–177. <https://doi.org/10.56754/2810-6598.2025.0045>
- de la Parra, G., Crempien, C., Morales, S., Errázuriz, A., Martínez, P., Zúñiga, A. K., Aravena, C., Ferrari, T., & Castro, A. (2019). Entrenamiento de competencias para psicoterapia de los trastornos depresivos en APS. Proyecto SA19I0021, Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS). <https://repositorio.anid.cl/entities/proyecto/59cf7e4e-a53f-4b8e-a235-d69d79700fad>
- de la Parra, G., Gómez-Barris, E., Zúñiga, A., Dagnino, P., & Valdés, C. (2018). Del “diván” al policlínico: un modelo de psicoterapia para instituciones. Aprendiendo de la experiencia (empírica). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 182–202. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1057>
- de Savigny, D., & Adam, T. (2009). *Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud / editado por Don de Savigny y Taghreed Adam*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44222>
- Duarte, D. (2025). Situación y análisis de las camas hospitalarias en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 65(3), 21–30. <https://doi.org/10.56116/cms.v65.n3.2025.2464>
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179–1186. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Espinoza, V., & Otero, G. (2024). Social capital and network processes in the making of social class inequality: debates, concepts and measurement. In S. MacDonald, R. Côté, & J. Shen (Eds.), *Handbook on Inequality and Social Capital* (pp. 333–350). Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/10.4337/9781802202373.00031>
- Gana, P. (2025). Informe Anual de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Santiago: Superintendencia de Seguridad Social. https://www.suseso.cl/605/articles-755195_recurso_1.pdf
- Ley N° 21.094, 25 de mayo 2018, sobre las Universidades del Estado. Diario Oficial de la República de Chile, 05 de junio 2018, Núm. 42.074, pp. 1–18. https://www.umce.cl/wp-content/uploads/2025/07/ley_21094.pdf
- Ley N.º 21.331, 23 de abril 2021, Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Diario Oficial de la República de Chile, 11 de mayo de 2021, Núm. 42.951, pp. 1–9. <https://bcn.cl/2p863>
- Meadows, D. H. (1999). *Leverage Points: Places to Intervene in a System*. Sustainability Institute. https://donellameadows.org/wp-content/userfiles/Leverage_Points.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). *Serie de Resultados: Casen Acceso a Salud en la población chilena. Encuesta Casen 2022*. División Observatorio Social Subsecretaría de Evaluación Social: Ministerio de Desarrollo Social y Familia. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados_Salud_Casen2022.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Guía clínica AUGÉ depresión en personas de 15 años y más. Series guías clínicas MINSAL*. Santiago de Chile. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2018a). *Encuesta Nacional de Salud 2016–2017. Segunda entrega de resultados*. Departamento de Epidemiología: Ministerio de Salud. https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2%C2%BA-Resultados-ENS_DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MINSAL.14.01.2019.pdf

- Ministerio de Salud de Chile. (2018b). *Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria*. Santiago de Chile.
<https://generaconocimiento.segob.gob.mx/sites/default/files/document/biblioteca/251/20210412-modelo-de-gestion-centro-de-salud-mental-comunitaria.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2022). *Estrategia nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2030*. <https://cens.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2024). *Construyendo Salud Mental*. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf
- Ministerio de Salud de Chile. (2025). *Orientaciones técnicas para la universalización de la Atención Primaria de Salud. Marco operativo para implementación en comunas pioneras en Atención Primaria Universal. Versión 2025*. <https://www.saludatacama.cl/wp-content/uploads/2025/04/1.-Orientaciones-Tecnicas-APS-Universal-2025.pdf>
- Minoletti, A., Alvarado, R., Rayo, X., & Minoletti, M. (2014). *Evaluación del sistema de Salud Mental en Chile. Segundo informe Junio, 2014: informe sobre la base del instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS (OMS IESM/WHO AIMS)*. Ministerio de Salud. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Ministerio-de-Salud_2014_Informe-WHO-AIMS-II.pdf
- Minoletti, A., Soto-Brandt, G., Sepúlveda, R., Toro, O., & Irrazábal, M. (2018). Capacidad de respuesta de la atención primaria en salud mental en Chile: una contribución a Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e136.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>
- Observatorio de Salud Mental Chile. (2025). *Resultados Estudio Salud Mental en Chile, Noviembre 2025*.
<https://img1.wsimg.com/blobby/go/c79287c5-23b7-4837-9ed1-22fbfco8289d/Resultados%20Noviembre%202025.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. Organización Mundial de la Salud.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8899edda-64fb-4c2d-b857-f81c7104374c/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Panorama general*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c6877de8-6454-4100-ba24-4316142290f1/content>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *World mental health today: latest data*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023a). *Política para mejorar la salud mental. OPS-OMS*.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57236>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023b). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS.
<https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/6ef3e08f-f1ab-4c97-9828-22b6fcd145dc/content>
- Senado de la República de Chile. (2024). *Proyecto de ley que establece la Ley Integral de Salud Mental y modifica los cuerpos legales que indica* (Boletín N.º 17 003-11). <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=17227&prmTIPO=INICIATIVA>
- Superintendencia de Salud. (2023). *Evaluación de la Ley 21.331 de Salud Mental en Chile – Cobertura Financiera y Licencias Médicas en Isapres Abiertas*. Departamento de estudios y desarrollo: Superintendencia de Salud.
https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2023/09/articles-23775_recurso_1.pdf
- Zuñiga, A. K., de la Parra, G., & Ferrari, M. T. (2023). Competencias para el manejo psicoterapéutico de la depresión en contextos institucionales y APS: aprendiendo de la perspectiva de sus protagonistas. *Praxis Psy*, 24(40), 1-19.
<https://praxispsy.udp.cl/index.php/praxispsi/article/view/252/190>