

Servicios comunitarios de salud mental basados en derechos

Rights-based community mental health services

Rafael Sepúlveda¹

RESUMEN

Este artículo propone una lectura situada de los servicios comunitarios de salud mental basados en derechos en Chile. A partir de literatura especializada, experiencia programática y hallazgos recientes de la Evaluación Sectorial de Salud Mental elaborada por DIPRES, identifica principios para comprender qué vuelve comunitaria a una red, qué tensiones amenazan su sentido y con qué criterios conviene evaluarla. Se detiene en acceso, continuidad, tratamiento, rehabilitación, equipos, intersectorialidad territorial e información para la gestión. Sostiene que el desafío actual no es solo defender el modelo comunitario, sino darle condiciones materiales, institucionales y éticas para que realmente cuide.

Palabras clave: Salud Mental, Servicios de Salud Mental, Atención Comunitaria, Derechos Humanos, Desinstitucionalización.

ABSTRACT

This article offers a situated reading of rights-based community mental health services in Chile. Drawing on specialized literature, programmatic experience, and recent findings from the Sectoral Evaluation of Mental Health conducted by DIPRES, it identifies principles for understanding what makes a network genuinely community-based, which tensions threaten its meaning, and which criteria are useful to assess it. It focuses on access, continuity of care, treatment, rehabilitation, staffing, territorial intersectorality, and information systems for management. It argues that the current challenge is not only to defend the community model, but to provide it with the material, institutional, and ethical conditions required for it to genuinely care.

Keywords: Mental Health, Mental Health Services, Community Care, Human Rights, Deinstitutionalization.

INTRODUCCIÓN

En Chile, hablar de salud mental comunitaria se ha vuelto algo habitual. Quizás demasiado habitual. El lenguaje del modelo comunitario circula con relativa facilidad en planes, documentos técnicos, discursos de autoridad y conversaciones de equipos. Sin embargo, esa familiaridad no siempre equivale a claridad. Sabemos, con razón, que el hospital psiquiátrico no puede seguir siendo el eje del sistema, pero no siempre logramos explicar con igual precisión qué debería ocupar su lugar, cómo sostenerlo en el tiempo y con qué criterios distinguir una transformación real de una adhesión meramente declarativa al modelo.

Ese problema no es menor. En una red marcada por sobrecarga, fragmentación, presión por resultados, dificultades de coordinación y escasez de especialidad en distintos puntos del sistema, el riesgo de que lo

¹ Médico psiquiatra, Magíster en Salud Pública, Doctorando en Antropología y Comunicación (Universitat Rovira i Virgili), Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile; Facultad de Medicina, Universidad Mayor. Jefe de Servicio de Psiquiatría, Hospital Barros Luco, Santiago de Chile. Correspondencia: dr.rafaelsepulveda@gmail.com.

“comunitario” se vuelva una palabra prestigiosa pero imprecisa es alto. A veces se usa para nombrar un horizonte ético; otras, para designar un conjunto de dispositivos; otras, para diferenciarse del manicomio; y otras, sencillamente, para mostrar alineamiento con el lenguaje correcto de la política pública. El problema es que una red no se vuelve comunitaria por llamarse a sí misma de ese modo. Se vuelve comunitaria cuando organiza efectivamente el cuidado en torno a la vida de las personas, sus vínculos, sus trayectorias y sus territorios.

La reciente *Evaluación Sectorial de Salud Mental* elaborada por la Dirección de Presupuestos ayuda a situar esta discusión en un terreno menos abstracto. El informe muestra que, entre 2020 y 2023, la población objetivo de la oferta programática priorizada creció mucho más rápido que la población beneficiaria; que la cobertura de esa oferta alcanzó 27% en 2023; y que, dentro de la población beneficiaria, 13,5% correspondió a tratamiento y 10,3% a rehabilitación. El propio panel concluye que existe una brecha significativa entre la demanda potencial por tratamiento de trastornos mentales y la oferta programática disponible por parte del Estado, y sugiere avanzar hacia sistemas de monitoreo más robustos, orientados a política y no solo a programas (Dirección de Presupuestos, 2025). Ese diagnóstico no obliga a abandonar el horizonte comunitario. Obliga, más bien, a dejar de tratarlo como una consigna autosuficiente.

Este artículo se sitúa precisamente allí. No busca convertirse en un comentario del informe de DIPRES, ni reemplazar una reflexión clínico-política por una discusión tecnocrática sobre indicadores. Lo que propone es algo más acotado y, al mismo tiempo, más difícil: ofrecer una formulación inteligible para quienes trabajan en la red pública acerca de qué significa hoy sostener servicios comunitarios y basados en derechos, cuáles son sus tensiones más relevantes y con qué criterios conviene evaluarlos sin vaciar su sentido ético y político. El punto de partida es simple: una red comunitaria no se define por el nombre del dispositivo ni por la adhesión discursiva a un modelo, sino por su capacidad real de organizar responsabilidad territorial, continuidad de cuidados, trabajo intersectorial, protección de derechos y acompañamiento de proyectos de vida.

Cuando una red es realmente comunitaria

Una red de salud mental comienza a volverse comunitaria cuando deja de imaginar a las personas como una sucesión de consultas y empieza a

pensarlas como trayectorias situadas. Esto parece evidente, pero no lo es. En la práctica cotidiana, una parte importante del sufrimiento de los equipos proviene precisamente de la distancia entre la complejidad con que los problemas llegan a la red y la estrechez con que, muchas veces, la institución obliga a responderlos. Lo que llega no es solo un síntoma. Llegan historias marcadas por violencia, endeudamiento, precariedad habitacional, vínculos frágiles, consumo problemático, trayectorias escolares interrumpidas, deterioro funcional, experiencias de exclusión o desprotección. Cuando esa complejidad se reduce a una prestación, una interconsulta o una derivación, la clínica pierde mundo y la red pierde espesor.

Por eso la territorialidad no puede entenderse solo como una palabra atractiva ni como una simple referencia geográfica. Territorialidad quiere decir responsabilidad sobre una población concreta. Quiere decir saber a quién se atiende, en qué condiciones vive, con qué apoyos cuenta, qué riesgos se acumulan en su entorno y qué actores locales resultan relevantes para acompañar procesos de cuidado. Un equipo comunitario no es simplemente un equipo ubicado en una comuna. Es un equipo que organiza su trabajo desde una población a cargo, que conoce su territorio y que entiende que una parte de la calidad de su práctica depende de esa inscripción.

Algo similar ocurre con la desinstitutionalización. Su sentido no se agota en cerrar camas o en trasladar administrativamente prestaciones fuera del hospital psiquiátrico. La pregunta decisiva es otra: si el centro de gravedad del sistema sigue descansando en respuestas episódicas, aisladas y fuertemente especializadas, o si se logra construir una red capaz de sostener prevención, atención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de manera articulada. Un sistema puede tener menos hospitalización y seguir siendo poco comunitario si las personas continúan circulando entre dispositivos fragmentados, si no existen retornos bien cuidados entre niveles o si las decisiones clínicas siguen pensándose de espaldas a la vida cotidiana (Desviat & Moreno, 2012; Ministerio de Salud, 2018).

La mirada biopsicosocial situada apunta justamente a corregir ese riesgo. Su valor no reside en oponerse retóricamente a lo biomédico, sino en recordar que el sufrimiento psíquico nunca llega solo. Llega encarnado en una historia, en relaciones sociales concretas, en condiciones materiales de vida, en trayectorias laborales, escolares y familiares, en experiencias de violencia o de soledad, en formas diferenciales de habitar el territorio. Una

red comunitaria no “agrega” lo social a la clínica como un complemento posterior. Lo incorpora desde el comienzo, porque entiende que allí también se juega el proceso terapéutico (Madariaga et al., 2016).

Por último, una red solo puede llamarse comunitaria si protege la continuidad. La continuidad de cuidados no es un eslogan amable. Es una práctica difícil y exigente. Supone que las personas no se extravíen entre APS, especialidad, urgencia, hospitalización, programas sociales y otros sectores. Supone responsables definidos, planes de transición, contrarreferencias útiles y una lógica clínica que acompañe retornos, recaídas, crisis y procesos de recuperación a lo largo del tiempo. Desde esta perspectiva, la participación deja de ser un gesto formal y se vuelve una condición de calidad. Sin usuarios, familias y comunidades que puedan participar de manera sustantiva en la definición de prioridades, riesgos aceptables y horizontes de recuperación, el modelo comunitario puede volverse paternalista incluso cuando habla en nombre de los derechos.

No hay cuidado comunitario sin materialidad

Uno de los problemas recurrentes en la conversación sobre salud mental comunitaria es que a veces se la presenta como si dependiera, sobre todo, de una buena convicción ética o de una doctrina correcta. Ambas importan. Pero no bastan. No hay salud mental comunitaria a puro heroísmo. Cuidar comunitariamente requiere equipos, tiempo, formación, dispositivos, coordinación y una organización del trabajo que no destruya aquello mismo que dice defender.

Esta constatación es importante porque obliga a sacar la discusión de un plano meramente normativo. No basta con declarar territorialidad, continuidad o derechos si la materialidad institucional vuelve casi imposible sostenerlos. Cuando la atención secundaria es escasa, cuando los tiempos están colonizados por la urgencia, cuando el trabajo intersectorial depende del esfuerzo extraordinario de algunas personas y cuando el seguimiento se hace a costa del agotamiento de los equipos, el modelo comunitario corre el riesgo de convertirse en una ética sin soporte. No desaparece como ideal, pero se precariza como práctica.

La *Evaluación Sectorial de Salud Mental* vuelve especialmente visibles estas tensiones al mostrar que la oferta pública ha crecido, pero que ese crecimiento no ha logrado cerrar la distancia entre población objetivo y población efectivamente beneficiaria. Allí aparece una verdad incómoda para

la red: no siempre el problema es la ausencia de discurso, sino la falta de materialidad institucional suficiente para sostenerlo. Cuando los equipos están sobrecargados, cuando la atención especializada se vuelve escasa, cuando el tiempo protegido para coordinación desaparece y cuando la respuesta posible se reduce a contener la urgencia inmediata, el modelo comunitario empieza a vaciarse desde dentro (Dirección de Presupuestos, 2025).

Esto obliga a poner en el centro un asunto a veces tratado lateralmente: la relación entre dotación, capacidades y carga asistencial por profesional. No se trata de fijar una cifra mágica aplicable a cualquier territorio. Se trata de preguntarse si la organización real del equipo permite hacer aquello que el modelo promete. ¿Existe tiempo para consultoría? ¿Hay espacio para trabajo extramural, para reuniones clínicas, para articulación con otros sectores, para seguimiento después de una crisis, para trabajo con familias y para rehabilitación? ¿La composición disciplinaria del equipo alcanza para responder a la complejidad de los problemas o termina empujando todo hacia una salida farmacológica o derivativa? Formular estas preguntas no significa abandonar la gestión. Significa exigir una gestión responsable de algo más que del flujo de prestaciones.

En este punto, la crítica al managerialismo no equivale a una nostalgia antiadministrativa. Gestionar es indispensable. El problema no es la gestión en sí misma, sino la forma que adopta cuando los dispositivos de control, trazabilidad y cumplimiento colonizan por completo el trabajo clínico. Allí los equipos dejan de habitar una red de cuidado y pasan a sobrevivir dentro de una red de exigencias. En ese marco, no solo se estrecha la práctica clínica; también se empobrece la imaginación institucional. La red empieza a volverse incapaz de pensar más allá de sus propios indicadores, y aquello que no cabe en la métrica —el vínculo, la confianza, la continuidad, la experiencia de cuidado, la densidad de una trayectoria— comienza a perder valor.

La intersectorialidad real de los casos complejos, el caso de la infancia y adolescencia

En este punto conviene hacer una corrección importante respecto de formulaciones demasiado restringidas de la intersectorialidad. En infancia y adolescencia, no basta con afirmar que la salud mental debe coordinarse con Educación. Esa articulación es importante, desde luego. Pero si se la convierte en imagen principal del trabajo

intersectorial, se corre el riesgo de escolarizar en exceso la comprensión del problema y de dejar fuera actores decisivos de la red real.

Los casos complejos de niños, niñas y adolescentes no se juegan solo entre box y escuela. Se juegan también en el sistema de protección especializada, en los dispositivos vinculados a justicia juvenil y de familia, en programas de tratamiento o rehabilitación por consumo problemático, en municipalidades, en residencias, en programas ambulatorios y en redes comunitarias de apoyo. Es decir, la intersectorialidad no es una cuestión decorativa de coordinación institucional; es una forma concreta de sostener trayectorias de cuidado allí donde ningún sector, por sí solo, tiene capacidad suficiente para responder.

Los lineamientos del *Sistema Intersectorial de Salud Integral* con énfasis en salud mental para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente ayudan a nombrar con mayor precisión esta arquitectura. Allí aparecen Salud, Justicia, Protección Especializada y SENDA no solo como actores centrales de diseño, sino también como partes de una red de mesogestión y microgestión que debe operar territorialmente. Esto es importante porque mueve la discusión desde la coordinación suprasectorial abstracta hacia la práctica local de seguimiento, derivación, contraderivación y corresponsabilidad cotidiana (Ministerio de Salud et al., 2023).

Dicho de otro modo, en infancia y adolescencia la intersectorialidad se juega, al menos, en cuatro circuitos locales: salud–educación, salud–protección especializada, salud–justicia juvenil/familia y salud–programas SENDA de prevención, tratamiento o rehabilitación. Si alguno de esos circuitos falla, la consecuencia no es solo una descoordinación administrativa. Muchas veces es la interrupción de una trayectoria, la agravación de una crisis o la expulsión del caso hacia otra institución.

La propia *Evaluación Sectorial de Salud Mental* ayuda a leer mejor esta dificultad. Por un lado, muestra que la intersectorialidad es un rasgo fuerte de la oferta. Por otro, recoge testimonios que describen la escasez de atención secundaria, especialmente grave en salud mental de niños y niñas, y la persistencia de una tensión donde “todo se resuelve” finalmente con especialidad, fármacos y psiquiatría. Allí aparece una paradoja central del campo: la red necesita más intersectorialidad, pero también necesita más capacidad sanitaria especializada; necesita más trabajo territorial, pero también mejores

respuestas clínicas; necesita más coordinación, pero no para distribuir casos, sino para sostenerlos (Dirección de Presupuestos, 2025).

Desde esta perspectiva, evaluar intersectorialidad no puede reducirse a contar convenios firmados o reuniones sostenidas. Lo que importa es algo más exigente: si existen planes compartidos por caso; si los tiempos de respuesta entre sectores son razonables; si hay contrarreferencias efectivas; si las mesas de caso funcionan con regularidad y capacidad resolutoria; si tras una crisis se protege la continuidad educativa o residencial; si hay articulación concreta con medidas de protección o con justicia juvenil; y si los programas financiados por SENDA forman parte real de la red cuando existe consumo problemático de sustancias. La calidad territorial de la red se expresa menos en la cantidad de actores convocados que en la posibilidad concreta de construir corresponsabilidad.

Derechos, cuidado y calidad

Hablar de servicios basados en derechos obliga a no trivializar la dimensión ética del cuidado. La dignidad, la autonomía, la participación, la no coerción y la inclusión no son adornos normativos del modelo. Son criterios de calidad. Un sistema puede expandir prestaciones y, sin embargo, producir experiencias humillantes, verticales o expulsivas. Puede incluso nombrarse comunitario mientras intensifica medicalización acrítica, desgaste de los equipos o trayectorias de abandono.

Por eso la evaluación de los servicios no puede limitarse a productividad o cumplimiento de metas administrativas. También debe preguntarse qué experiencia de cuidado produce la red. Cómo circula la información. Cuánto participan realmente usuarios y familias en las decisiones. Cómo se manejan las crisis. Qué lugar tiene la decisión compartida. Cuánta coerción, explícita o implícita, persiste en la atención. Y cuánto del trabajo institucional se orienta a sostener proyectos de vida, vínculos y pertenencia, en lugar de administrar riesgos de modo defensivo.

Esta dimensión es especialmente importante porque una parte relevante del sufrimiento de quienes trabajan en la red nace justamente de la distancia entre el ideal de cuidado y las condiciones reales en que ese cuidado debe sostenerse. Cuando la organización institucional reduce al mínimo los márgenes de acción ética, el malestar profesional deja de ser un asunto individual y pasa a convertirse en un problema político del sistema. En ese punto, la pregunta por la calidad de los

servicios y la pregunta por las condiciones de trabajo dejan de ser dos asuntos separados.

Cómo evaluar sin traicionar el modelo

Si el modelo comunitario quiere ser algo más que una orientación general, necesita criterios de evaluación que permitan observar si está logrando cuidar de la manera que promete. Es aquí donde la *Evaluación Sectorial de Salud Mental* de DIPRES puede ser útil, como evidencia reciente de que las brechas más relevantes no se resuelven con declaraciones generales. El informe muestra un desfase importante entre población objetivo y población beneficiaria, una cobertura insuficiente en tratamiento y rehabilitación, debilidades en recurso humano y la necesidad de contar con sistemas de información más robustos para evaluar la política en su conjunto (Dirección de Presupuestos, 2025).

Un primer criterio es el **acceso efectivo**. No basta con contar ingresos, primeras consultas o contactos. Lo relevante es cuántas personas acceden oportunamente, cuántas logran sostener su atención y qué parte de la oferta se orienta realmente a los problemas que requieren tratamiento continuo o rehabilitación. Cuando la cobertura global alcanza 27% y el propio panel identifica una brecha significativa entre la demanda potencial por tratamiento y la oferta disponible del Estado, el problema no es solo de eficiencia. Es también de garantía efectiva del derecho al cuidado.

Un segundo criterio es la relación entre **tratamiento, rehabilitación y continuidad**. La evaluación de DIPRES recuerda algo fundamental: no toda expansión de oferta significa fortalecimiento del cuidado. Si la mayor parte de la respuesta se concentra en prevención indicada y prevención secundaria, mientras tratamiento y rehabilitación permanecen rezagados, la red corre el riesgo de ser más visible en su superficie que resolutive en su núcleo. De allí que convenga observar no solo acceso inicial, sino también continuidad a 30 y 90 días, transiciones interniveles, seguimiento después de altas complejas y posibilidades reales de rehabilitación psicosocial. En esta materia, los datos del informe son elocuentes: dentro de la población beneficiaria de la oferta priorizada, 13,5% corresponde a tratamiento y 10,3% a rehabilitación (Dirección de Presupuestos, 2025).

Un tercer criterio concierne a **equipos suficientes y carga asistencial por profesional**. Evaluar un servicio comunitario implica preguntarse si sus equipos tienen capacidad real para hacer lo que se espera de ellos. La cantidad de profesionales importa, pero no agota el problema. También

importan la composición interdisciplinaria, la estabilidad, el tiempo protegido para coordinación y la carga asistencial por profesional. Sin una base suficiente de equipos, el discurso comunitario se vuelve frágil y la red tiende a replegarse hacia respuestas breves, reactivas y poco integradas.

Un cuarto criterio es la calidad del **triage clínico-social y de la circulación interniveles**. Una red basada en derechos necesita una puerta de entrada capaz de leer no solo síntomas, sino también vulnerabilidad social, deterioro funcional, riesgo, soporte familiar y contexto territorial. A la vez, necesita que la derivación no sea una forma de deshacerse del problema. Por eso importa observar tiempos de respuesta del segundo y tercer nivel, funcionamiento de la contrarreferencia, rechazo o devolución de casos y calidad de los planes de transición. Cuando las personas rebotan entre dispositivos, lo que fracasa no es solo la coordinación; fracasa la continuidad misma del cuidado.

Un quinto criterio es la **intersectorialidad territorial y la corresponsabilidad**. En infancia y adolescencia, evaluar intersectorialidad supone mirar si la red puede sostener continuidad entre salud, educación, protección especializada, justicia y SENDA. Esto incluye planes compartidos por caso, mecanismos de respuesta entre sectores, seguimiento de trayectorias críticas y trabajo conjunto frente a crisis, medidas de protección, consumo problemático o conflicto con la ley. La pregunta evaluativa no es si la intersectorialidad existe como diseño, sino si opera como práctica territorial sostenida.

Un sexto criterio es la existencia de **información útil para la política y no solo para programas aislados**. Aquí la evaluación de DIPRES es especialmente clara al recomendar sistemas de monitoreo más robustos y nominalizados. Este punto es decisivo. Sin información capaz de seguir trayectorias reales, la evaluación queda capturada por fragmentos: un programa mira cobertura, otro actividades, otro gasto, pero nadie logra reconstruir qué ocurre efectivamente con las personas a lo largo del tiempo. En salud mental comunitaria, esa ceguera institucional es particularmente costosa, porque impide ver discontinuidades, solapamientos, exclusiones y trayectorias de abandono.

Un séptimo criterio, finalmente, refiere al **financiamiento coherente con el modelo**. Un servicio no puede evaluarse al margen de sus condiciones materiales de posibilidad. DIPRES observa que el gasto por beneficiario en programas de salud mental en APS es muy bajo y

explícitamente señala que esa cifra difícilmente representa el costo real de una canasta integral de beneficios de salud mental a nivel comunitario. No se trata de volver economicista la discusión. Se trata de reconocer que el enfoque comunitario exige tiempo clínico, seguimiento, coordinación, trabajo territorial, formación de equipos y dispositivos de rehabilitación. Todo ello tiene costos. Un modelo que no dispone de recursos compatibles con su promesa termina erosionando su propia legitimidad.

En conjunto, estos criterios permiten salir de una falsa disyuntiva. No se trata de elegir entre una defensa puramente normativa del modelo comunitario y una evaluación reductiva basada en métricas de rendimiento. Se trata de construir una evaluación situada, capaz de mirar acceso, continuidad, derechos, equipos, rehabilitación, intersectorialidad e información como dimensiones inseparables de un mismo problema: la posibilidad real de cuidar.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

El principal desafío de la salud mental comunitaria en Chile ya no es su legitimación discursiva. Ese trabajo, en gran medida, ya fue realizado. El desafío actual es más concreto y, precisamente por eso, más difícil: construir condiciones institucionales, materiales y políticas para que la red pueda cuidar de un modo coherente con el lenguaje de derechos que la orienta.

La *Evaluación Sectorial de Salud Mental* elaborada por DIPRES ofrece una advertencia que conviene tomar en serio. Muestra una política con expansión programática, con fuerte presencia intersectorial y con adhesión declarada a enfoques de derechos, pero también con brechas persistentes en cobertura, tratamiento, rehabilitación, recurso humano y sistemas de información. Esa combinación no debiera llevarnos a una lectura cínica del modelo comunitario, ni a un retorno simplificador hacia respuestas puramente biomédicas. Debiera llevarnos, más bien, a una comprensión más sobria y más exigente del problema: los principios importan, pero sin dispositivos, equipos, coordinación y financiamiento adecuados, los principios por sí solos no alcanzan (Dirección de Presupuestos, 2025).

Una agenda situada de transformación podría ordenarse, al menos, en cuatro direcciones. La primera es fortalecer de manera decidida la capacidad de tratamiento y rehabilitación del sector salud, especialmente allí donde la demanda social

y clínica es mayor. La segunda es ampliar la intersectorialidad más allá de su formulación escolarizada, asumiendo que en infancia y adolescencia la red real incluye educación, protección especializada, justicia y SENDA, no solo en el nivel central, sino en la microgestión cotidiana de los casos. La tercera es avanzar hacia sistemas de información nominalizados e integrados, capaces de seguir trayectorias y no solo de sumar actividades. La cuarta es asegurar condiciones laborales, tiempos protegidos y recursos compatibles con el tipo de cuidado que el modelo comunitario exige.

En último término, la pregunta por los servicios comunitarios y basados en derechos no es solo una pregunta técnica. Es una pregunta por la forma en que el Estado decide hacerse responsable del sufrimiento psíquico, de la vulneración de derechos y de la vida cotidiana de quienes habitan sus territorios. Allí se juega también el sentido político del cuidado. Y quizás esa sea hoy la tarea más importante: no solo defender el modelo comunitario, sino hacerlo más real, más inteligible para quienes sostienen la red y más habitable para quienes dependen de ella.

REFERENCIAS

- Desviat, M., & Moreno, A. (2012). Principios y objetivos de la salud mental comunitaria. En M. Desviat & A. Moreno (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad* (pp. 21-28). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Dirección de Presupuestos. (2025). *Evaluación sectorial de salud mental: Informe final*. Departamento de Evaluación, Transparencia y Productividad Fiscal.
- Madariaga, C., Sepúlveda, R., & Minoletti, A. (2016). *Salud mental y psiquiatría comunitaria: Definición, elementos conceptuales y operativos* [Presentación de diplomado]. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Ministerio de Salud. (2017). *Plan nacional de salud mental 2017-2025*.
- Ministerio de Salud. (2018). *Modelo de gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud*.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Servicio Nacional de Menores, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, & Servicio

Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. (2023). *Lineamientos técnicos para la implementación del sistema intersectorial de salud integral, con énfasis en salud mental, para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o sujetos a la ley de responsabilidad penal adolescente.*

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Mental health atlas 2020.*
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Centros de salud mental comunitarios: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos.*
- Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2021). *Estrategia nacional de drogas 2021-2030.*