

**INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2022**

Judith Schönsteiner (ed.)

# **INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2022**



EDICIONES  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES



EDICIONES  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES



CENTRO DE DERECHOS  
HUMANOS **udp**

FACULTAD DE DERECHO

**INFORME  
ANUAL  
SOBRE  
DERECHOS  
HUMANOS  
EN CHILE  
2022**

Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales;  
Judith Schönsteiner (Editora general) Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile  
2022.

Santiago de Chile. Universidad Diego Portales, Facultad de Derecho de la Universidad,  
2022, 1ª edición, p.496, 15x23 cm.

Dewey: 341.4810983

Cutter: In38

Colección Derecho

Incluye referencias bibliográficas, notas y biografías de los y las autores

Materias:

- Estallido social y reparación integral
- Respuesta del sistema de persecución penal
- Violencia y uso de fuerza
- Derechos indígenas
- Sistema de pensiones
- Derechos laborales
- Derecho a la salud mental
- Derecho a la educación
- Derechos de las personas migrantes
- Ciudades inteligentes
- Cambio climático
- Institucionalidad de derechos humanos
- Proceso constituyente

## INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2022

© VV. AA.

© Ediciones Universidad Diego Portales, 2022

Primera edición: noviembre 2022

Inscripción en trámite del Departamento de Derechos Intelectuales

ISBN 978-956-314-538-0

Universidad Diego Portales

Facultad de Derecho

República 105

Teléfono (56-22) 676 8806

Santiago de Chile

Editora general: Judith Schönsteiner

Edición: vigésima

Diseño: MG Estudio

Impreso en Chile por Salesianos Impresores S.A.



Licencia Creative Commons: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual: Los artículos de este libro se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons. Pueden ser reproducidos, distribuidos y exhibidos bajo condición de reconocer a los autores/las autoras y mantener esta licencia por las obras derivadas.

Las opiniones, análisis en los artículos son de responsabilidad de sus autores.

**INFORME  
ANUAL  
SOBRE  
DERECHOS  
HUMANOS  
EN CHILE  
2022**

**CENTRO DE DERECHOS HUMANOS  
FACULTAD DE DERECHO – UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES**



**EDICIONES  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES**



## ÍNDICE

<i>Introducción</i>	9
Mirando sobre la Muralla China: la respuesta del sistema de justicia en la persecución penal de casos del estallido social	29
¿Reparación integral para las víctimas del estallido social? Análisis de las medidas gubernamentales	63
Diferentes formas de violencia, uso de la fuerza y derechos en territorios mapuche	95
El sistema de pensiones en Chile: 42 años de ajustes y reformas	137
Ineficacia de las normas laborales	177
Salud mental de niños, niñas y adolescentes: avances y brechas pendientes en su derecho al bienestar	211
Accesibilidad: El primer paso para garantizar el derecho a la educación	247
Derechos de las personas migrantes y refugiadas: ingresos por pasos no habilitados y desprotección	271
Smart cities y derechos humanos	319
El rol de los derechos humanos en la transición hacia una economía baja en carbono en Chile	369
La institucionalidad de derechos humanos en Chile: consolidación y desafíos	393
El derecho humano a la participación en la Convención Constitucional	431
20 años del Informe Anual sobre Derechos Humanos. Perspectivas y futuro	457



# **SALUD MENTAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: UNA TORMENTA PERFECTA**

**Ester Valenzuela Rivera<sup>1</sup>  
Francisco Estrada Vásquez<sup>2</sup>**

- 1 Abogada y magister en derechos de infancia, adolescencia y familia por la UDP, académica Universidad Diego Portales de pregrado y postgrado, directora del diplomado en Derechos de Infancia y Adolescencia: Problemas y desafíos actuales, directora ejecutiva de CIDENI; con la colaboración de la asistente de investigación Katherine Llanos Soto, abogada e investigadora de CIDENI y la ayudante Romina Fuentes Montalva.
- 2 Abogado de la Pontificia Universidad Católica, magister en derechos de infancia, adolescencia y familia por la UDP, investigador en CIDENI, director ejecutivo de INFAJUS y profesor de Derecho Civil de la Universidad Alberto Hurtado.



## **SÍNTESIS**

El presente capítulo examina la situación de salud mental de la infancia y adolescencia en Chile, entendiendo que la pandemia ha amplificado las brechas de acceso efectivo a dispositivos de salud mental, programas y medidas, cuestión que además presenta mayor gravedad respecto de aquellos niños, niñas y adolescentes amenazados y vulnerados en sus derechos, sujetos de medidas de protección. Junto a avances en la entrega de prestaciones, y a pesar de la adopción de la Ley de Salud Mental, subsisten preocupantes brechas en la atención en salud mental infantil, en especial, respecto de algunos grupos particularmente vulnerables.

*PALABRAS CLAVES: Niñas niños y adolescentes, salud mental, pandemia, brechas en atención en salud mental infanto-adolescente.*

## INTRODUCCIÓN

El *Informe 2014* abordó la situación de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en Chile, concluyendo que existía una escasa evidencia e información sobre el tema, una grave inequidad social, falta de capacitación en materia de salud mental infanto-adolescente de los profesionales en atención primaria, un presupuesto insuficiente, entre otras deficiencias.<sup>3</sup> Ocho años después, nos propusimos indagar si estos problemas fueron subsanados, considerando, además, que desde inicios de 2020 hemos vivido una crisis sanitaria mundial de gran impacto en niños, niñas y adolescentes. En Chile, factores como el cierre de los establecimientos educacionales (una de las primeras medidas que se adoptaron), el confinamiento por extensos periodos y el estresante contexto económico que han padecido las familias, sin duda han impactado en la salud mental de la niñez y adolescencia, amplificando las brechas y las debilidades del sistema.

Es así como se ha reconocido que, dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran, los niños, niñas y adolescentes expuestos al maltrato o al abandono, o los y las adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias.<sup>4</sup>

Dado este escenario, hoy más que nunca se requieren políticas, programas y medidas que hagan frente a esta problemática, considerando la necesidad de garantías reforzadas en un grupo de especial vulnerabilidad, al cual pertenecen quienes transitan por la infancia y la adolescencia.

Veremos en este capítulo cómo una sumatoria de factores (los estragos de la pandemia, déficit de oferta, carencia de oportunidad, falta de especialistas infanto-juveniles, presupuesto insuficiente, etc.)

3 Informe 2014, pp. 377-416.

4 Organización Mundial de la Salud, *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, Ginebra, 2022, p. 2.

han hecho de este problema una tormenta perfecta transformándolo en una crisis que requiere una respuesta urgente desde el Estado.

Entendemos por salud mental lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), es decir, “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En el desarrollo del estudio, se evidencia que no hay una expresión lingüística unívoca para aludir a quienes presentan “dificultades o problemas en su salud mental”. Por un lado, la OMS se refiere a la *discapacidad psicosocial* respecto de aquellas “personas con diagnóstico de trastorno mental, que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión”. Por su parte, en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, efectivamente, se utiliza en su título y contenido el concepto de *enfermedad mental*; aunque este último es un término criticado, porque se considera que patologiza situaciones que no corresponden a una enfermedad.<sup>5</sup>

Bajo este enfoque, en lo que sigue ocuparemos el término *personas con enfermedades de salud mental o personas con problemas de salud mental*, considerando la definición que indica la Ley 21.331 (Ley de Salud Mental, en adelante) sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. La definición señala que es una “condición mórbida que presente una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente”.

Dado que el problema de salud mental es muy amplio y reviste distintas aristas, no nos referiremos en este capítulo a la situación de personas neurodivergentes, ni tampoco a quienes tienen problemas de adicciones y consumo problemático.

Este capítulo fue finalizado antes de la publicación del "Estudio de Políticas Públicas relacionadas con la salud mental de niños, niñas y adolescentes elaborado por la Defensoría de la Niñez. Por lo tanto, no fue posible integrar varios de los documentos allí consignados. Valoramos el trabajo de la Defensoría de la Niñez en su esfuerzo por abordar un tema que resulta esencial para la vida de los niños, niñas y adolescentes.

5 Entrevista realizada el 3 de agosto de 2022 a la psiquiatra Vania Martínez, licenciada en Medicina y médico cirujano de la Universidad Católica de Chile, especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Universidad de Chile. En esta conversación la Dra. Martínez profundiza en el tema, señalando que la crítica más atingente apunta a la patologización de la persona y no al concepto de enfermedad mental: “Por ejemplo, el tratar de depresivo y no de persona con depresión. (...)”. Indica la doctora Martínez que la discusión surge, más bien, desde grupos de la sociedad civil que juzgan a los psiquiatras por “psiquiatrizar y patologizar todo” y que abogan por un “lenguaje no discriminatorio o lenguaje inclusivo”. Sin embargo, la profesional es enfática en señalar que desde la ciencia es útil tener un marco de patologías y diagnósticos.

## 1. PANORAMA GENERAL

### 1.1. Cifras preocupantes y cifras no registradas

Tanto a nivel mundial<sup>6</sup> como a nivel nacional, las estadísticas sobre problemas de salud mental son alarmantes. Diversos estudios han anotado que entre niños y adolescentes en Chile existía una prevalencia de trastornos mentales del 38%, es decir, en 4 de cada 10.<sup>7</sup> Esto además se vio incrementado por la pandemia. Se suma como dato preocupante que la violencia intrafamiliar es considerada una de las principales fuentes de trastornos mentales y, de acuerdo a cifras entregadas por UNICEF, un 71% de los niños, niñas y adolescentes chilenos padece algún tipo de violencia ejercida por alguno de sus cuidadores primarios.<sup>8</sup>

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría para el periodo 2017-2025,<sup>9</sup> es una estrategia de salud pública del Estado. Uno de los datos más preocupantes que releva el Plan, es que el 58,4% de los niños, niñas y adolescentes que presentaban algún desorden mental (incluida la discapacidad intelectual) no había recibido tratamiento o algún tipo de asistencia de urgencia.<sup>10</sup> A esto se suma que los resultados del Segundo Estudio del Sistema de Salud Mental en Chile concluyen que uno de los principales nudos críticos en la implementación del referido Plan corresponde a la escasa oferta de atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes.<sup>11</sup> El mismo Plan reconoce que los Centros de Salud Mental Comunitaria son insuficientes en cantidad para dar una respuesta satisfactoria a la población en cuanto al acceso, oportunidad y calidad de la atención, lo que se agudiza más en la población infanto-adolescente, donde la oferta es aún menor.<sup>12</sup> En una entrevista para este capítulo, la directora técnica del Hogar de Cristo, María Isabel Robles, nos señala que hay estudios que hablan de que los adultos tienen 14 veces más posibilidades de recibir atención especializada que los niños, niñas y adolescentes en igual condición de necesidad de atención de salud mental.<sup>13</sup>

Si a esta falta de oferta le sumamos que la demanda<sup>14</sup> se acrecentó con la pandemia –y que a su vez esta crisis sanitaria tuvo un impacto que aún es difícil medir en niños, niñas y adolescentes–, la necesidad

6 OMS: "Salud mental del adolescente", 17 de noviembre de 2021.

7 Ministerio de Salud, *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible*. Ejecutado por Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile, 2008. Ciperchile.cl: "Salud mental en Chile: urgencias, desafíos y silencios", 8 de noviembre de 2021.

8 UNICEF, *Cuarto estudio de maltrato infantil en Chile: análisis comparativo*, 2012.

9 Ministerio de Salud, *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*, octubre de 2017.

10 *Ibíd.*, p. 10.

11 *Ibíd.*, p. 22 y ss.

12 *Ibíd.*, p. 20.

13 Entrevista a María Isabel Robles, Directora Técnica Hogar de Cristo, 11 de junio del 2022.

14 Entrevista a Diego Riveros, psicólogo de la Fundación para la Confianza, 7 de julio 2022.

de acceso a salud mental de esta población se plantea como una emergencia.

La población infanto juvenil en Chile es una de mayor vulnerabilidad. En este sentido, cabe destacar un relevante estudio sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infantil chilena realizado por De la Barra y colaboradores,<sup>15</sup> donde se concluye que se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos afectivos en niños y niñas con historias de maltrato, abuso sexual, psicopatología familiar, vivir con un solo progenitor o con otras personas, en comparación con el grupo sin estos antecedentes. Asimismo, menores de edad que se encontraban en aquellas situaciones aumentaron el riesgo de padecer trastornos disruptivos. En términos comparativos del estudio, el grupo de 4 a 11 años presentó mayor prevalencia de cualquier trastorno mental en comparación con el grupo de 12 a 18 años (27,8% versus 16,5%), determinado principalmente por el trastorno por déficit atencional/hiperactividad, el cual presenta una prevalencia de 15,5% en este grupo etario. Refiere, también el estudio, que entre adolescentes de 12 a 18 años la prevalencia de cualquier trastorno llega al 16,5%, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos (8%), los trastornos ansiosos (7,4%) y los trastornos depresivos (7%).<sup>16</sup>

Una enfermedad o problema de salud mental constituye uno de los principales factores de riesgo para el suicidio infanto-adolescente. La tasa de suicidios en el grupo de adolescentes entre 10 a 14 años, aumentó de 0,96 el año 2000 a 2,15 por 100.000 habitantes en 2008. Del mismo modo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 12,9 por 100.000 habitantes en el mismo período; posteriormente ha descendido gradualmente hasta 1,71 y 8,17, respectivamente, al año 2014.<sup>17</sup>

Existe también evidencia de que los problemas y trastornos mentales afectan en mayor medida a las personas con menor nivel educacional, a los más jóvenes y a las mujeres; asimismo, impactan de manera particular a personas de pueblos originarios. Se ha constatado, además, que empiezan tempranamente en la vida: un 27,8% de los niños y niñas de 4 a 11 años presenta alguno de estos trastornos.<sup>18</sup> Estos datos son determinantes para la elaboración de políticas públicas, programas y adopción de medidas afirmativas al referirse a grupos de mayor vulnerabilidad y de especial protección.

Respecto de los ingresos a los programas de salud mental a nivel nacional, en 2017 ingresan un total de 320.813 personas entre 0 y 19 años, luego, en 2018 el número aumenta a 327.981; en 2019 la cifra se

15 Flora de la Barra, "Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia". *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, v.47, n4, 2009, pp. 303-314.

16 *Ibid.*

17 Ministerio de Salud, 2017, op. cit., p.15.

18 Ministerio de Salud, 2017, op. cit., p.14.

acrecienta a 330.478; en 2020, año de inicio de la pandemia, la cifra desciende a 156.169; finalmente, en 2021 vuelve a aumentar a 249.757 personas ingresadas al Programa de Salud Mental.<sup>19</sup> Al 5 de septiembre de 2022, la cifra es de 199.837 personas ingresadas entre 0 y 19 años.<sup>20</sup>

En relación a los diagnósticos asociados a estos ingresos al Programa de Salud Mental para este grupo etario, se solicitó vía transparencia información a la Subsecretaría de Salud Pública sobre estadísticas y tratamiento. Concretamente se les pidió “las estadísticas sobre niños, niñas y adolescentes con diagnóstico en salud mental y tratamiento a nivel nacional, desglosado por región, comuna, edad y sexo, durante el periodo 2014-2022. Desglosar además por niños y niñas de 11 a 17 años”. En respuesta a la solicitud, se nos indicó que, “consultadas las áreas técnicas pertinentes del Departamento de Estadísticas e información de Salud (DEIS), se comunicó que no cuenta con ningún sistema de información donde se recolecte información sobre personas diagnosticadas por alguna patología”.<sup>21</sup>

En materia de egresos del programa de salud mental, en 2017 se realizan 103.751; en tanto, en 2018, la cifra aumenta a un total de 120.625; en 2019 se concretan 114.365; y del mismo modo en 2020, un total de 56.714, disminuyendo en un 50,4% respecto del año anterior. Finalmente, el año 2021 se realizan un total de 88.543 egresos.<sup>22</sup> Al 5 de septiembre de 2022 la cifra correspondiente a este año es de 53.913 niños, niñas y adolescentes a quienes un profesional responsable dio término a la modalidad de control.<sup>23</sup>

## 1.2. Tiempos de espera

Considerando estos antecedentes, se solicitó información sobre la atención en salud mental, en particular, relativa a los tiempos entre una solicitud de consulta en atención de salud mental, o bien de derivación de interconsulta para pacientes infanto-adolescentes, y la concreción de la asistencia médica en centros de salud de la red asistencial a nivel nacional.<sup>24</sup>

19 MINSAL, *Reportaría de Salud Mental*, Tableros DEIS, Programas Salud Mental 2014-2021, Ingresos al Programa de Salud Mental, Total de ingresos al Programa de Salud Mental por grupo de edad, último acceso 16 de septiembre 2022. deis.minsal.cl

20 MINSAL, *Reportaría de Salud Mental*, Tableros DEIS, Programas Salud Mental 2014-2021, Ingresos al Programa de Salud Mental, Total de ingresos al Programa de Salud Mental por grupo de edad, último acceso 16 de septiembre 2022. deis.minsal.cl

21 Subsecretaría de Salud Pública, responde solicitud por Ley de Transparencia. Folio: AO001T0017417, Santiago, 29 de junio de 2022.

22 MINSAL, *Reportaría de Salud Mental*, Tableros DEIS, Programas Salud Mental 2014-2021, Egresos del Programa de Salud Mental, Total de egresos del Programa de Salud Mental por grupo de edad. Último acceso 16 de septiembre.

23 MINSAL, *Reportaría de Salud Mental*, Tableros DEIS, Programas Salud Mental 2014-2021, Egresos del Programa de Salud Mental, Total de egresos al Programa de Salud Mental por grupo de edad. Último acceso 216 de septiembre 2022. deis.minsal.cl

24 Subsecretaría de Redes Asistenciales, Responde solicitudes por Ley de Transparencia: Folio AO002T0006597, Santiago, 4 de agosto de 2022.

En términos generales, el Ministerio de Salud se refiere a estos últimos tres años indicando la cantidad de casos en lista de espera de psiquiatría pediátrica y de adolescencia. En 2019 correspondía a 9.863 casos con una espera de 349 días (11 meses aproximadamente), en 2020 fue de 8.352 casos con una espera de 487 días (1 año y 4 meses) y en 2021 aumentó a 8.881 casos y la espera disminuyó a 444 días.<sup>25</sup>

En 2022 se recogen datos de enero a mayo, los cuales dan cuenta de un aumento sostenido en el número de niños, niñas y adolescentes en lista de espera: en mayo superaba los 9.500 casos con un tiempo promedio nunca inferior a un año y dos meses de espera (426 días).<sup>26</sup> Según información proporcionada por una de las entrevistadas, estas cifras respecto a los niños, niñas y adolescentes en listas de espera serían excesivas y no considerarían la atención en los COSAM.<sup>27</sup> Sin embargo, la información recibida indicaba, explícitamente, que se trataba de la espera en la *red asistencial*, es decir, “(...) el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenio con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población”.<sup>28</sup>

El escenario es muy crítico ya que la espera de más de un año para atención en salud mental en la infancia y adolescencia no solo afecta el derecho al acceso a salud, sino derechos como el derecho a la vida, desarrollo y supervivencia, el derecho a un nivel de vida adecuado y por supuesto, la afectación del interés superior del niño como una consideración principal. Es fundamental la agilización de todos los procesos que afectan derechos de niños, niñas o adolescentes, puesto que están en pleno crecimiento y en una etapa de formación física y psicológica.

Se solicitó vía transparencia información a la Subsecretaría de Redes Asistenciales respecto a la periodicidad de las atenciones en salud mental sostenidas en el tiempo de niños, niñas y adolescentes, desde la primera consulta y su seguimiento, durante el periodo 2014-2022 a nivel nacional, desglosado por región, comuna y años. La respuesta de la institución fue que actualmente la Unidad de Salud Mental de la Dirección General de Redes Asistenciales (DIGERA) “no cuenta con información requerida en términos del periodo y desagregación solicitada”. Sin embargo, indicaron que “en lo que respecta a la red temática de salud mental especialidad abierta (adulto o infanto-adolescente), la

25 Ibid.

26 Ibid.

27 Entrevista realizada el 3 de agosto de 2022, op. cit.

28 MINSAL.cl: “Servicios de Salud”, (último acceso 16 de septiembre de 2022).

concentración de prestaciones de tratamiento por población atendida (todo el curso de vida, ambos sexos, nivel nacional) para 2018 fue de 12 prestaciones al año por persona.”<sup>29</sup> Al ser consultada por esta cifra, la psiquiatra especializada en infancia y adolescencia, Vania Martínez, nos señala que “la frecuencia es generalmente cada un mes, por ejemplo, la atención psicológica, [a] veces cada 15 días, pero lo más común es cada un mes, lo cual en ninguna parte está recomendado de que sea esta la frecuencia. De hecho, en la guía clínica para depresión dice que la frecuencia debiera ser semanal.”<sup>30</sup>

La falta de registro o información respecto de datos (frecuencia de las atenciones), obstaculiza una apropiada medición para la elaboración de políticas públicas efectivas que permitan garantizar ese derecho.

Aún más compleja es la situación para niños, niñas y adolescentes que requieren de atención ambulatoria mediante programas del Servicio de Protección Especializada. Es evidente, en estos casos, la urgencia de la intervención, ya que su ingreso se gestiona a través de la orden de un tribunal en un procedimiento judicial de medidas de protección puesto que el niño, niña o adolescente vio amenazados o vulnerados sus derechos. Dichos programas se centran en contribuir a la protección de los derechos, promoviendo la recuperación integral (física, psicológica, social, sexual, emocional) de niños, niñas y adolescentes cuando han sido víctimas de daño asociado a maltrato físico y/o psicológico y/o agresión sexual constitutivo de delito. En la mayoría de los casos, por tratarse de un servicio público, constituyen la única oferta al alcance de los niños y sus familias o terceros significativos.

A pesar de la importancia de estos programas en la reparación de los niños, niñas y adolescentes, las autoridades no han logrado reducir las listas de espera, los tiempos de espera y la falta de vacantes. Esta problemática se encuentra bajo el monitoreo de la Defensoría de la Niñez, puesto que, en junio de 2022, remitió un oficio al Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, señalando que más de 14.301 niños, niñas y adolescentes se encuentran en lista de espera para acceder a tratamientos ambulatorios decretados por los tribunales de justicia del país.<sup>31</sup> Considerando que gran parte de esos programas ambulatorios se relacionan con diagnósticos e intervenciones psicológicas por maltrato (Programa de reparación de maltrato), de intervención focalizada (PPF), de intervención

29 Subsecretaría de Redes Asistenciales, responde solicitudes por Ley de Transparencia: FOLIO AO002T0006597, Santiago, 4 de agosto de 2022.

30 Entrevista realizada el 3 de agosto de 2022, op. cit.

31 Defensoría de la Niñez: “Defensoría de la Niñez presenta Recurso de Protección a raíz de más de 14 mil niños, niñas y adolescentes en lista de espera para ingresar a programas ambulatorios de protección de sus derechos”, 15 de junio 2022.



especializada (PIE), entre otros, este atraso y ausencia de atención se debe considerar aún más grave por la vulnerabilidad de estos niños, niñas y adolescentes.

### 1.3. Escasez de oferta y atención

Según datos del DEIS,<sup>32</sup> constatamos una marcada disminución en algunas prestaciones de diversos servicios de salud mental a nivel nacional. En 2019 se realizaron un total de 1.298.232 atenciones médicas en salud mental a niños, niñas y adolescentes entre 0 a 19 años; cifra que baja durante el primer año de la pandemia (2020) a 565.840, produciéndose una disminución del 56,4%.<sup>33</sup> Lo mismo ocurre con las consultas médicas del Programa de Salud Mental a nivel nacional. De realizarse 39.875 consultas a niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años, se reducen a 19.330, cayendo en más de la mitad las intervenciones.<sup>34</sup> Los descensos se explicarían por la pandemia y las restricciones, confinamiento y priorización de los centros de salud a causa del Covid-19, lo que, sin duda, tuvo un impacto en la detección temprana e intervención. Con el regreso a la presencialidad, empeoró aún más la situación.

Respecto de las atenciones médicas de especialidad en salud mental de psiquiatría pediátrica y adolescente, se cuenta con un registro desde 2017 que da cuenta de un sostenido aumento del 12,48% entre 2017 y 2018, años en que se realizaron 4.157 y 4.676 atenciones respectivamente. A la vez, se constata un aumento del 15,35% en 2019, realizándose en este último año 5.349 atenciones. En 2020 disminuyen las atenciones en un 27,5%, realizándose un total de 3.876 intervenciones, coincidiendo con el inicio de la pandemia; no obstante, vuelven a aumentar en 2021 en un 26,6% respecto al año anterior, siendo incluso más altas que en 2017 y 2018, con un total de 4.910 atenciones pediátrico-adolescentes en psiquiatría especializada.<sup>35</sup>

A lo anterior se suma que durante el mismo período se advierte la realización de prestaciones en salud mental a usuarios infanto-adolescentes por parte de especialistas en psiquiatría del adulto. A saber, en 2017, de 145.223 consultas médicas de especialidad psiquiátrica, solo 82.615 fueron realizadas por especialistas infanto-adolescente a usuarios entre 0 y 19 años, mientras 62.608 se llevaron a cabo por especialistas en

32 MINSAL, *Reportería de Salud Mental*, Tableros DEIS, Programas Salud Mental 2014-2021.

33 MINSAL, *Reportería de Salud Mental*, Tableros DEIS, Programas Salud Mental 2014-2021, Atenciones de Salud Mental, Total Atenciones del Programa de Salud Mental por Grupo de Edad, último acceso 27 de julio 2022.

34 MINSAL, *Reportería de Salud Mental*, Tableros DEIS, Programas Salud Mental 2014-2021, Consultas Médicas, Total Consultas Médicas del programa de Salud Mental por Grupo de Edad, último acceso 27 de julio 2022.

35 MINSAL, *Reportería de Salud Mental*, Tableros DEIS, Programas Salud Mental 2014-2021, Atenciones Médicas de especialidad en Salud Mental, Psiquiatría Adulto y Psiquiatría pediátrico adolescente, A nivel nacional, 21 de marzo 2022, último acceso 27 de julio 2022.

psiquiatría adulto (43,1 %). Esta dinámica se sostiene de manera similar durante 2018 y 2019. Por su parte, en 2020 y en el contexto de pandemia, se reduce el número de consultas totales en un 44,7% respecto del año anterior donde, de un total de 102.391 consultas pediátrico-adolescentes, el 19% fue realizada por especialistas en psiquiatría adultos.<sup>36</sup>

Respecto a nuestro requerimiento sobre el número de profesionales de salud mental especializados en atención infanto-adolescente existentes a nivel nacional, en su repuesta la Subsecretaría de Redes Asistenciales señala que actualmente solo está disponible información sobre 2019. El documento indica que durante ese año el número total del personal que trabajaba en los servicios públicos de salud mental correspondía a 714 psiquiatras, 220 enfermeros, 1022 psicólogos, 480 asistentes sociales y 465 profesionales de salud no especificados. A su vez, nos indican que el número de trabajadores en los servicios públicos de salud mental, especializados en niños, niñas y adolescentes correspondía a 154 psiquiatras, 17 enfermeros, 422 psicólogos, 61 fonoaudiólogos, 106 terapeutas ocupacionales y no poseen información sobre asistentes sociales.<sup>37</sup> Al solicitar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales información sobre el número de profesionales y técnicos con dedicación exclusiva a salud mental de niños, niñas y adolescentes en centros de salud de la red asistencial, se nos indicó que no se dispone de la información requerida.<sup>38</sup> Adicionalmente, se solicitó información respecto del número de becas para la formación de psiquiatras infanto-juveniles durante el periodo 2014-2022, informándose que desde 2015 a la fecha de consulta, existe un total de 256 becas para la formación de especialistas en psiquiatría infanto-adolescente entregadas. De estas, solo 52 profesionales han terminado su ciclo, 126 se encuentran aún en formación, 66 se encuentran en su periodo asistencial obligatorio, 10 han renunciado, y 2 se encuentran inhabilitados por incumplimiento del periodo asistencial obligatorio.<sup>39</sup> De igual modo, en relación a la formación de médicos generales y equipos de salud en competencias de tratamientos de salud mental infanto-adolescente, se indicó que entre el 2014 y 2022 solo 134 médicos a nivel nacional han realizado actividades relacionadas a actualizaciones en salud mental en forma de cursos, pasantías, y capacitaciones.<sup>40</sup> Según información proporcionada por la Subsecretaría de Salud Pública, esta no dispone de programas ni políticas específicas en las

36 *Ibíd.*

37 Subsecretaría de Redes Asistenciales, responde solicitud por Ley de Transparencia. Folio: AO002T0006342 y AO002T0006596, Santiago, 30 de junio de 2022.

38 *Ibíd.*

39 Subsecretaría de Redes Asistenciales, responde solicitud por Ley de Transparencia. Folio: AO002T0006598, Santiago, 04 de julio de 2022.

40 *Ibíd.*

temáticas estudiadas.<sup>41</sup> No obtuvimos información sobre el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil –PASMI–; Chile Crece Contigo; Control de salud de niña y niño y joven sano.<sup>42</sup>

La ausencia transversal y sistémica de información respecto de programas de salud mental infanto-adolescente se replica al consultar datos y cifras sobre salud mental de niños, niñas y adolescentes en edades individualizadas. Sobre esta carencia dicha Subsecretaría indicó que “No en todos sus registros cuentan con desagregación por edad, siendo este un inconveniente que se encuentra dentro de las proyecciones de un plan de mejoras en la gestión de información en salud mental, que se encuentra en proceso actualmente.”<sup>43</sup>

En resumen, resulta evidente la dificultad que se presenta para elaborar políticas públicas y programas eficaces, de calidad significativa, si no se cuenta con información de los usuarios de la red asistencial diferenciados por una cualidad tan relevante como resulta ser el grupo etarios objetivo al que pertenecen, atendiendo a las particularidades que derivan de la edad, la etapa de desarrollo en que se encuentran y las expresiones de ello en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

#### 1.4. Presupuesto público

De acuerdo al Ministerio de Salud, el presupuesto fiscal destinado a la salud mental apenas supera el 2% del total del presupuesto en Salud, cifra que está muy por debajo del 5% que se propuso como meta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de los períodos 2000-2010 y 2015-2025.<sup>44</sup> A su vez, de acuerdo al promedio mundial, en Chile la cobertura de atención alcanza aproximadamente a no más de un 20% de la población, mientras que en países de medianos ingresos la cobertura llega a un 50%.<sup>45</sup> Por otra parte, con la excepción de Argentina, el número de psiquiatras es inferior en todos los países de Latinoamérica y el Caribe –LAC– al promedio de la OCDE, que es de casi 17 por cada 100.000 habitantes. Solo Argentina y Uruguay tienen más de diez psiquiatras por cada 100.000 habitantes y nueve de los 26 países de LAC

41 Ministerio de Salud pública, Solicitud de Información Folio: AO001T0016378, realizada el 4 de febrero de 2022, respondida parcialmente el 31 de marzo de 2022 y derivada a Subsecretaría de Redes asistenciales, sin ser resuelta por dicho organismo.

42 Subsecretaría de Salud Pública, responde solicitud por Ley de Transparencia. Folio: AO001T0016381, Santiago, 01 de marzo de 2022, derivada a Subsecretaría de Redes asistenciales, sin ser resuelta por dicho organismo. Posteriormente, se realiza consulta a Subsecretaría de Redes Asistenciales, entidad que responde solicitud por Ley de Transparencia. (Folio: AO002T0006598, Santiago, 04 de julio de 2022) indicando expresamente que nuestra solicitud será derivada a la Subsecretaría de Salud Pública. Hasta la fecha de cierre de este capítulo, esta última no ha contestado.

43 Subsecretaría de Salud Pública, responde solicitud por Ley de Transparencia. Folio: AO001T0016379, Santiago, 22 de febrero de 2022.

44 Ministerio de Salud, 2017, op. cit., p. 20.

45 Ministerio de Salud, 2017, op. cit., p. 88.

con datos tienen menos de uno por cada 100.000 habitantes.<sup>46</sup> En Chile, actualmente, 868 psiquiatras trabajan en salud pública, de los cuales 714 son especialistas en adultos y 154 en niños y adolescentes. Entonces, considerando que hay 2.242 psiquiatras en Chile, podemos decir que solo el 38,7% trabaja en salud pública, donde se atienden a más de 15 millones de personas (más del 75% de la población aproximadamente).<sup>47</sup>

De todos los países para los que existen datos (22 de los 38 miembros de la OCDE), Chile era el que antes de la pandemia dedicaba menos porcentaje de su gasto público sanitario a la salud mental, un 2,1 % del total, frente al 6,7 % de media.

Si bien en 2021 la Subsecretaría de Salud Pública anunció el aumento de 310% para el presupuesto de Salud Mental,<sup>48</sup> en base a la información disponible, no está claro cuánto de ese presupuesto será destinado a infancia y adolescencia.

### **1.5. La mirada del Comité de Derechos del Niño**

En junio de 2022 el Comité realizó las observaciones finales sobre los informes periódicos 6° y 7° combinados de Chile, pronunciándose sobre salud mental y servicios de salud. Entre sus recomendaciones se destaca:

- i. Que se intensifiquen los esfuerzos para garantizar rápidamente el acceso a servicios de salud de calidad a todos los niños, incluidos los servicios de salud mental, independientemente de la edad del niño, y a los que están en programas residenciales.
- ii. Que se proporcionen datos sobre los resultados asociados con la mejora de la salud mental y se publiquen los resultados de la guía para la prevención del comportamiento suicida.
- iii. Que se asegure el acceso a servicios integrales de salud y detección temprana, especialmente en las escuelas y que se continúe apoyando la línea de ayuda para la prevención del suicidio, las 24 horas.<sup>49</sup>

Cabe destacar que el Comité advierte problemas en los registros y análisis de datos,<sup>50</sup> por lo que recomienda que se mejore la recopilación y sistematización de información sobre la discriminación contra los niños, la salud mental, los niños más pequeños, los niños en modalidades alternativas

46 OECD ILibrary <https://www.oecd-ilibrary.org>.

47 Ver <https://www.fastcheck.cl/>.

48 MINSAL.cl: "Subsecretaría de Salud Pública detalla aumento de 310% en 2021 del presupuesto para Salud Mental", 24 de febrero de 2021.

49 Comité de Derechos del Niño, *Observaciones finales a los informes periódicos combinados 6° y 7° de Chile*, junio 2022, p. 9.

50 Lo advertido por el Comité de Derechos del niño respecto de la existencia de problemas en el registro y análisis de datos es dramático. Una de las tareas de mayor dificultad para este equipo fue conseguir información, datos y estadísticas. Pese a haber sido solicitada, vía Transparencia a distintos organismos, la información recabada fue mínima.

de cuidado, la pobreza infantil, los niños en el sistema judicial, los niños cuya nacionalidad se desconoce, el trabajo infantil y la violencia contra los niños, incluidos explotación, abuso y trata sexuales.<sup>51</sup>

Respecto a niños, niñas y adolescentes privados de un entorno familiar, el Comité indica que “si bien toma nota del cierre de algunos grandes centros residenciales, el aumento del número de niños bajo el cuidado de una familia y las medidas adoptadas por el Estado parte para hacer frente a las violaciones sistemáticas de los derechos de los niños bajo su cuidado, el Comité sigue profundamente preocupado por: La calidad de la atención prestada en los centros residenciales, en particular en lo que respecta a la atención de la salud y la salud mental de los niños con discapacidad”.<sup>52</sup>

Adicionalmente, el organismo insta a que se prevengan los traslados frecuentes de niños a entornos de cuidado alternativo, se proporcione atención de salud mental oportuna y se controle y evalúe periódicamente la calidad de la atención en los centros de cuidado alternativo.<sup>53</sup> Es preciso recordar que esto ya fue señalado por el Comité en el Informe del 2018, documento en el cual se denuncian, entre otras vulneraciones, diferentes formas de explotación y abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes bajo el cuidado del Estado.<sup>54</sup>

## **2. LA SALUD MENTAL: UN DERECHO PARA TODO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE SOLO POR EL HECHO DE SER PERSONA**

### **2.1. Estándares internacionales**

La salud mental es entendida por la Organización Mundial de la Salud<sup>55</sup> como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad. Con respecto a los niños, se hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad.

Como un derecho fundamental de toda persona, solo por el hecho de ser persona, el resguardo de la salud mental se encuentra consignado en el *corpus iuris* del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Por

51 Comité de Derechos del Niño, op. cit., p. 5 y ss.

52 Comité de Derechos del Niño, op. cit., p. 4.

53 Comité de Derechos del Niño, op. cit., p. 8.

54 Comité de Derechos del Niño, *Informe sobre la investigación relacionada con Chile en virtud del artículo 13 del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones*, 1 de junio de 2018, párr. 96-103.

55 OMS: “Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta”, 17 de junio de 2022.

lo tanto, su marco jurídico y los estándares internacionales se construyen desde lo establecido en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículos 25.1 y 2) ; el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículo 12); la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Artículo 1.1) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículo 10); la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (Artículo 28), entre otros.

En forma específica, aborda el tema de salud mental la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus artículos 28 y 25. El artículo 28 establece obligaciones para que los Estados salvaguarden y promuevan un nivel de vida adecuado para las personas y sus familias, sin discriminación por motivos de discapacidad. Por su parte, el artículo 25 se refiere al derecho a salud, pero excluye distinción alguna entre física y mental. El texto menciona que “Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad a una atención de salud de la misma calidad y a los mismos servicios de salud que los demás, y los Estados Parte deben adoptar todas las medidas apropiadas para velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. La atención de salud se prestará sobre la base de un consentimiento libre e informado”.

Adicionalmente, forma parte de los estándares lo establecido en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.<sup>56</sup> El Principio 1 define las libertades fundamentales y derechos básicos de toda persona; entre ellas, el derecho a la mejor atención disponible (Principio 1.1); y el trato con humanidad y dignidad (Principio 1.2); la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante (Principio 1.3); la no discriminación por motivo de enfermedad mental (Principio 1.4) el derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (Principio 1.5); el derecho a un representante legal, en caso que sea necesario (Principio 1.5). En lo que sigue del texto, el Principio 8 se refiere a las normas de atención, estableciendo que todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud; el Principio 11.2 se refiere al consentimiento informado para el tratamiento; el Principio 12 se aboca a la Información del paciente

56 Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución AG.46/119, del 17 de diciembre de 1991.

sobre sus derechos, mientras que el Principio 19 establece el acceso del paciente a la información sobre su historial y expediente.

Respecto a niños, niñas y adolescentes, el Principio 2 se refiere a la “Protección de menores”, señalando que “se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia”. A pesar de su importancia como única referencia en los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, el texto no parece de utilidad si consideramos que se refiere a una concepción doctrinaria de la infancia como “objeto de derechos”. Esto contradice el enfoque de derechos que instala la Convención Internacional sobre Derechos del Niño.

El mandato de la Convención Internacional sobre Derechos del Niño (en adelante, CDN) es que los Estados Parte provean de protección integral y establezcan un sistema que permita el ejercicio efectivo del derecho a salud mental, y se debe traducir en políticas de prevención, de protección, instituciones, marco normativo y presupuesto.

Los derechos de la infancia y adolescencia están plenamente estipulados en este instrumento internacional. Sin embargo, antes de analizar, específicamente, lo que señala respecto al derecho a la salud, es fundamental detenernos en lo que la CDN establece sobre el derecho a la vida, el desarrollo y la supervivencia. Estos conceptos integran y complementan el derecho a la salud y en su conjunto constituyen uno de los principios estructurantes de la CDN.

Respecto de jóvenes en conflicto con la ley o infractores, existe un mayor desarrollo en instrumentos internacionales de los derechos humanos de la niñez, donde se contemplan resguardos específicos sobre la salud mental de ese grupo.

En este sentido, en las Directrices de Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil (Directrices de Riad, 1990) se establece que los “organismos gubernamentales deberán asignar elevada prioridad a los planes y programas dedicados a los jóvenes y suministrar suficientes fondos y recursos de otro tipo para prestar servicios eficaces, proporcionar las instalaciones y el personal para brindar servicios adecuados de atención médica, salud mental, nutrición, vivienda y otros servicios necesarios, en particular de prevención y tratamiento del uso indebido de drogas y alcohol.” (N° 45). Por otra parte en las Reglas de Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad, (Reglas de La Habana, 1990) se contempla –regla 21– que al ingresar a un establecimiento de internación debe recopilarse información “acerca de los problemas de salud física y mental conocidos, incluido el uso indebido de drogas y de alcohol”, que presenta el joven o la joven. La regla 28 estatuye

que la detención de los menores “sólo se producirá en condiciones que tengan en cuenta plenamente sus necesidades y situaciones concretas y los requisitos especiales que exijan su edad, personalidad, sexo y tipo de delito, así como su salud física y mental.”

La regla 49 impone, en este ámbito, un deber específico de atención a los Estados: “Todo menor deberá recibir atención médica adecuada, tanto preventiva como correctiva, incluida atención odontológica, oftalmológica y de salud mental, así como los productos farmacéuticos y dietas especiales que hayan sido recetados por un médico. Normalmente, toda esta atención médica debe prestarse cuando sea posible a los jóvenes reclusos por conducto de los servicios e instalaciones sanitarios apropiados de la comunidad en que esté situado el centro de detención, a fin de evitar que se estigmatice al menor y de promover su dignidad personal y su integración en la comunidad.” Esto se complementa con la regla 52, donde se dispone que todo funcionario médico que tenga razones para estimar que “la salud física o mental de un menor ha sido afectada, o pueda serlo, por el internamiento prolongado, una huelga de hambre o cualquier circunstancia del internamiento, deberá comunicar inmediatamente este hecho al director del establecimiento y a la autoridad independiente responsable del bienestar del menor.” Luego, la regla 53 es aún más enfática sobre el deber de protección: “Todo menor que sufra una enfermedad mental deberá recibir tratamiento en una institución especializada bajo supervisión médica independiente. Se adoptarán medidas, de acuerdo con los organismos competentes, para que pueda continuar cualquier tratamiento de salud mental que requiera después de la liberación.” La regla 54 impone a los centros de detención de menores organizar programas de prevención del uso indebido de drogas y de rehabilitación administrados por personal calificado.

### **2.1. Derecho a la vida, desarrollo y supervivencia y derecho a un nivel de vida adecuado**

En relación al concepto de supervivencia, el Comité de Derechos del Niño (en adelante, Comité) ha señalado que este derecho consiste en asegurar el acceso equitativo, oportuno, pertinente y de calidad a la salud de los niños, niñas y adolescentes para poder disfrutar del más alto nivel de salud, considerando la etapa de desarrollo en que estos se encuentren de acuerdo al ciclo de vida.<sup>57</sup> Por consiguiente, el derecho a la supervivencia se vincula a su vez con a. Derecho a la nutrición y alimentación (artículos 24 y 27); b. Derecho al agua (artículo 24); c. Derecho a un medio ambiente libre de contaminación (artículo 24); d. Derecho a una vivienda adecuada (artículo 27), y el Derecho a la seguridad social (artículo 26).

57 Comité de Derechos del Niño, *Observación general Número 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 2013, artículo 24, párr. 16.



Respecto del término “desarrollo”, el Comité espera que los Estados lo interpreten en su sentido más amplio, como concepto holístico que abarca el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social del niño. En efecto, la Observación General 14 sobre el Interés Superior del Niño, refiere que “Los Estados deben crear un entorno que respete la dignidad humana y garantice el desarrollo de una manera holística de cada niño”. Por otro lado, la Observación General N°15 expresa que en el artículo 6 de la CDN<sup>58</sup> se pone de relieve la obligación de los Estados parte de garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño, en particular las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo.

En virtud de lo anterior, el derecho al desarrollo consiste en la promoción del acceso, la permanencia y aprendizajes de calidad para todos los niños, niñas y adolescentes, mediante una educación integral e inclusiva que se de en ambientes donde se promueve el respeto y el buen trato.

En ese contexto, el artículo 24 de la CDN consagra el derecho de los niños, niñas y adolescentes a la salud y los servicios médicos. Dicho artículo establece que tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquellos relacionados con la atención primaria, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil.

Ya en 2003, la Observación General N°4 del Comité manifiesta preocupación por la salud mental de los adolescentes, destacando la elevada tasa de suicidios entre este grupo de edad y que los Estados Partes deberían proporcionar a estos adolescentes todos los servicios necesarios para la prevención de las perturbaciones mentales y la promoción de su salud mental.<sup>59</sup> Se Indica en el mismo texto que dentro de las obligaciones concretas de los Estados está garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de calidad apropiada y adaptados a los problemas de aquellos y aquellas.<sup>60</sup>

Una década después, el Comité elabora la Observación General N°15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud. En ella el organismo interpreta el derecho a salud como un derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino, también, el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades.<sup>61</sup>

58 Véase, art. 6 de la Convención de Derechos del Niño.

59 Comité de Derechos del Niño, *Observación General Número 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes*, 2003, párr. 22.

60 *Ibíd.*, párr. 39 letra c).

61 Comité de Derechos del Niño, *Observación general Número 15: el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 2013.

Asimismo, cabe considerar que la OMS desarrolló un instrumento de calidad y derechos que permite evaluar y mejorar la calidad de los derechos humanos de sus establecimientos de salud mental y de apoyo social. Según este instrumento y los estándares internacionales mencionados en los apartados anteriores, en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad existen 5 materias a evaluar: El derecho a un nivel de vida adecuado y a protección social (artículo 28); el derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (artículo 25); el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona (artículos 12 y 14), a la protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (artículos 15 y 16) y el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad (artículo 19).<sup>62</sup>

En definitiva, la salud mental tiene sustento normativo que la define como un derecho fundamental, el cual incluye el acceso a servicios y profesionales especializados. Se agrega a su definición normativa la consideración de la salud mental como un bien público global según los Estados miembros de las Naciones Unidas<sup>63</sup> y, por lo tanto, un compromiso internacional al constituirse como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

### **3. DERECHO A LA SALUD MENTAL PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

En los últimos años, se desarrollaron en Chile importantes avances institucionales y normativos en materia de protección integral de la infancia y adolescencia, tales como, la creación de la Subsecretaría de la Niñez (2018), la Defensoría de la Niñez (2018) y más recientemente, el Servicio de Protección Especializada junto al Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil que viene a reemplazar al Servicio Nacional de Menores (SENAME).<sup>64</sup>

Finalmente, el 15 de marzo de 2022 se publicó la Ley 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez (en adelante, Ley de Garantías). Esta ley debió ser aprobada como primer paso de las reformas para constituirse como una ley marco de la normativa de infancia.

62 OMS, *Instrumentos de calidad y derechos de la OMS*, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, 2012, pp. 11-13.

63 UNICEF, *Estado mundial de la infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, Nueva York, octubre de 2021, p. 31.

64 UNICEF, *Análisis de la situación de las niñas, niños y adolescentes en Chile. Informe final SITAN*, Santiago, Centro de Sistemas Públicos y CIDENI para UNICEF Chile, 2022, pp. 15-25. (en proceso de edición).

### **3.1. Ley de garantías y protección integral**

En materia de garantía de los derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la salud, la Ley de Garantías introduce dos principios relevantes que dan mayor fuerza al efectivo acceso a los derechos de todo niño, niña y adolescente: el Principio de protección social y el Principio de prioridad, consagrados en los artículos 15 y 16, respectivamente.

El Principio de protección social busca la promoción del ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales; la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, salud, educación, vivienda y cuidado, entre otros; y señala que todo niño, niña o adolescente tiene derecho a vivir en las condiciones adecuadas para su desarrollo físico, mental, intelectual, ético, espiritual y social.

En este sentido, refiere la Ley de Garantías que, sin perjuicio de la responsabilidad primordial de las familias, los órganos del Estado deben adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y judiciales necesarias para dar efectividad al derecho a la salud mental, o cualquier otro, cuando los padres y/o madres u otras personas responsables de los niños, niñas y adolescentes carezcan de los medios suficientes para hacerlo por sí mismas.

Por otra parte, el Principio de prioridad busca entregar la debida prioridad a los niños, niñas y adolescentes, en particular, a niños y niñas vulnerados/as y adolescentes infractores de ley, en la formulación y ejecución de las políticas públicas y en el acceso y atención de los servicios sociales (Art. 16).<sup>65</sup>

Una referencia específica al derecho a la salud se encuentra a partir del artículo 39 de la Ley de Garantías que estatuye que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia. Además, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho, de acuerdo con su edad y estado de madurez, a obtener información completa sobre su salud y su desarrollo, y al consentimiento informado en materias de salud. Por último, cabe destacar que dentro de los criterios para la determinación del interés superior del niño, niña o adolescente se encuentra la dimensión de salud mental (Art. 75 letras d y e).

### **3.2. Ley de salud mental<sup>66</sup> y Ley de derechos y deberes del paciente<sup>67</sup>**

La Ley de Garantías establece que “Todo niño, niña y adolescente, con independencia de su edad y estatus migratorio, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y a servicios y procedimientos de medicina preventiva, tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud” (Art. 38). Por su parte, la Ley 20.584 de derechos y deberes del paciente señala (Título II) consigna que los

65 Ley 21.430.

66 Ley 21.331.

67 Ley 20.584.

niños, niñas y adolescentes tienen derecho a contar con la compañía de familiares, cuidadores o personas significativas, tanto en las atenciones ambulatorias como en las hospitalizaciones, salvo cuando motivos clínicos aconsejen lo contrario, debiendo el Estado velar por la efectividad de este derecho.

Por su parte, casi un año antes de la promulgación de la Ley de Garantías, en mayo de 2021, entró en vigor la Ley 21.331 sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, normativa que menciona expresamente a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de este derecho.

Cabe destacar que el instrumento es pionero en la normativa chilena respecto a la definición del concepto de salud mental de niños, niñas y adolescentes. En efecto, señala que para este grupo en específico “la salud mental consiste en la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento y bienestar psicológico” (Art. 2.1).

A continuación, enumeramos las principales garantías que recoge la normativa mencionada anteriormente:

- i. Que niños, niñas y adolescentes son titulares de todos los derechos establecidos en la Ley 20.584. Por lo tanto, tienen derecho al disfrute de la salud física y mental; derecho a los servicios y procedimientos, considerando prevención, tratamiento y rehabilitación. Asimismo, tienen prioridad de atención en los servicios de salud los niños que han sido vulnerados y, por ende, son sujetos de protección especializada.
- ii. Que cualquiera que sea el prestador, en el sentido que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de salud y rehabilitación de los niños, niñas y adolescentes, debe garantizar que esas atenciones sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes.<sup>68</sup>
- iii. Que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser oídos respecto de los tratamientos que se les aplican.<sup>69</sup> Esto también ha sido esgrimido por el Comité en cuanto a que las opiniones de los niños deben ser tenidas en cuenta, sobre todo en los aspectos relativos a la salud, por ejemplo, los servicios que necesitan, la manera y el lugar más indicado para recibir la prestación, la calidad de los servicios y las actitudes de los profesionales de la salud, entre otras.<sup>70</sup>

68 Véase Art. 2 Ley 21.331.

69 Véase, Art. 25, Ley 21.331.

70 Comité de Derechos del Niño, *Observación general Número 15*, op. cit., párr. 19.

Que el Estado debe “garantizar progresivamente a todos los niños, niñas y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud”. De igual forma, debe asegurarles el acceso a “servicios de salud mental, adoptando todas las medidas necesarias para su plena efectividad, sea en el sistema público o en el sistema privado de salud”.<sup>71</sup>

#### 4. CONFORMIDAD CON LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES

Al preguntarnos si la Ley 21.331, cumple con los estándares internacionales previamente mencionados, podemos afirmar que existe un cumplimiento parcial. Destacan tres avances significativos y dos aspectos deficientes.

En primer lugar, existe el reconocimiento de quienes sufren de enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual como sujetos de derechos. Asimismo, dicha Ley considera, respecto a las personas en la atención de salud mental, derechos como el de la igualdad, la autonomía, la prohibición de acciones invasivas o esterilizaciones sin consentimiento. Incluso, se considera la esterilización forzada como delito y se entiende que hay vulneración a los derechos humanos.

En segundo lugar, la Ley 21.331 se complementa con la Ley 20.584 de Derechos de los Pacientes, por ejemplo, cuando se otorga un resguardo mayor, explicitando la necesidad de consentimiento escrito en determinadas situaciones y procesos. Por otro lado, la hospitalización involuntaria ahora ya no dependerá solo de la autoridad sanitaria, sino que involucrará a los tribunales de familia. Con todo, en este aspecto, sería ideal avanzar hacia una especialización, considerando experiencias comparadas, por ejemplo, de países como Inglaterra, donde existen tribunales especiales de salud mental. En este ámbito, se evalúa positivamente la libre elección informada que tiene la persona sobre su tratamiento.

En tercer lugar, respecto a las coberturas, se destaca el término de la discriminación a las personas con patologías de salud mental, toda vez que la Ley 21.331 les otorga garantías idénticas a las que existen para la salud física de las personas; y en caso de no cumplirse se podrá acudir a la Superintendencia o a la Corte Suprema, pudiendo invocar la no-discriminación en comparación con las personas con enfermedades físicas.

Sin embargo, también hay aspectos que se deben subsanar para un cumplimiento íntegro de los estándares internacionales:

- a. En primer lugar, la Ley 21.331 se centra en la atención de salud, es decir, en las personas con enfermedades mentales y con ello la concepción de incapacidad desde las normas del Código Civil

71 Art. 38, Ley de Garantías.

asociadas a mecanismos de tutela y voluntades subrogadas, lo que mantiene la lógica tutelar desde una visión proteccionista.<sup>72</sup> Si bien se consideran salvaguardas y apoyos, no se modifica la normativa que contradice lo mandado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- b. En segundo lugar, si bien la Ley establece un catálogo de derechos, estos se instituyen de manera declarativa y no se consideran mecanismos de exigibilidad. Esta ley se debe complementar con la Ley 21.430 que establece garantías respecto del ejercicio de derechos de niños niñas y adolescentes.
- c. La Ley considera que la atención en salud mental debe realizarse “preferentemente de forma ambulatoria o de atención domiciliaria”, teniendo como objetivo “el reforzamiento y desarrollo de los lazos sociales, la inclusión y la participación de la persona en la vida social”. Se entiende, por tanto, que la hospitalización psiquiátrica será recurso excepcional y esencialmente transitorio. Si bien, la letra es concordante con los estándares mencionados, su aplicación encontrará límites en las largas listas de espera, o la poca frecuencia de las atenciones (ver sección cita 27).
- d. La Ley no propende a resolver lo indicado por el Comité de los Derechos del Niño, en particular, en relación a la falta de datos sobre la materia, la debilidad en la prevención del suicidio, y la falta de acceso a los servicios de salud mental.<sup>73</sup>

## 5. DESAFÍOS

### 5.1. Salud mental de niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza, el peor de los mundos

Es imprescindible considerar que, la relación entre pobreza y salud mental es de doble vía: la pobreza puede llevar a que se produzcan problemas de salud mental y los problemas de salud mental pueden llevar a la pobreza. Nacer y crecer en un barrio precario tiene diversas implicancias. Según la Alianza para la Erradicación de la Pobreza Infantil, “Los cuidadores de hogares que viven en pobreza o vulnerabilidad socioeconómica tienden a presentar condiciones laborales precarias, bajos sueldos e ingresos insuficientes para cubrir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes que se asocian a eventos desfavorables como la pérdida de trabajo, episodios reiterados de desocupación y escasa protección social. Esto, a su vez, está vinculado a bajos niveles de educación o a situaciones específicas de dependencia, como la enfermedad de algún miembro de

72 Por ejemplo, los juicios de interdicciones.

73 Organización Mundial de la Salud, op. cit., p. 12.

la familia”. Los factores señalados,<sup>74</sup> por supuesto, tienen serias consecuencias en la salud mental del grupo familiar y en la relación entre cuidadores y niños, niñas y adolescentes. También la pobreza impacta en el desarrollo cognitivo y aumenta el riesgo de exclusión escolar. No terminar el colegio repercute a su vez, en las posibilidades de un empleo formal y digno en la adultez, reproduciendo el traspaso generacional de la pobreza. En este sentido, es posible decir que existe “una interrelación compleja de experiencias adversas en distintos ámbitos de la vida que no solo influyen en la persistencia de la pobreza y vulnerabilidad socioeconómica, sino que lo hacen de manera interrelacionada y que incluso pueden llegar a significarse como trauma (...)”.<sup>75</sup>

Asimismo, según lo indicado por Unicef, es posible que niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental puedan caer en la pobreza a causa de los altos costos de la atención de la salud y las dificultades para acceder a un tratamiento; y en la adultez, sufrir a partir de una menor productividad, del desempleo, por las dificultades de integración a la comunidad debido al estigma que pesa sobre ellos.<sup>76</sup>

La salud es una de las dimensiones, donde se refleja de manera más patente la relación entre la condición socioeconómica y el estado físico y mental de las personas.

Para un niño, niña o adolescente, desarrollarse en medio de la pobreza tiene impactos inconmensurables: “(...) Nacer y crecer en un contexto de pobreza o vulnerabilidad socioeconómica refiere a los diversos problemas de salud mental relacionados a las condiciones precarias de vida que exhiben los distintos entornos en los que los niños se desenvuelven”<sup>77</sup>

## 5.2. Pandemia, violencia escolar y salud mental

La pandemia, además de amplificar la pobreza, agregó factores como el encierro y la falta de interacción de niños, niñas y adolescentes con sus pares. Estas condiciones aumentan el riesgo de padecer problemas de salud mental como depresión, ansiedad, falta de ganas y motivación, entre otros,<sup>78</sup> pero aún más para niños, niñas y adolescentes en situación de pobreza o vulnerabilidad.<sup>79</sup>

Sin duda la pandemia tuvo impacto enorme en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. Al respecto, Diego Riveros<sup>80</sup> señala que

74 Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil, *Nacer y crecer en pobreza y vulnerabilidad. Implicancias y propuestas para Chile*, octubre de 2021, p. 84.

75 Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil, op. cit., p. 126.

76 UNICEF, op. cit., p. 86. (en proceso de edición).

77 Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil, op. cit. p. 120.

78 Marcela Larraguibel y otros, “Impacto de la pandemia por Covid -19 en la salud mental de preescolares y escolares en Chile”, *Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia* 32(1), 2021, p 16.

79 Alianza Erradicación de la Pobreza Infantil, op. cit., pp. 124-125.

80 Coordinador del Área de Atención Remota de la Fundación Para la Confianza. Entrevistado el 7 de julio de 2022.

“el porcentaje de aumento fue altísimo; en el 2020 recibimos un 300% más consultas que en 2019, y en 2019, nosotros atendíamos de 4 de la tarde a 10 de la noche y a propósito de la pandemia, en abril del 2020, extendimos el horario de atención de línea libre de 10 de la mañana a 10 de la noche para recibir todas las consultas que estaban llegando en ese minuto y creo que es un 290% más de consultas que recibimos en comparación de un año a otro”.<sup>81</sup> Refiere que, si bien se experimentó un aumento de consultas durante el estallido social, luego con la pandemia las cifras se incrementaron ostensiblemente.

La pandemia también impidió la oportuna y debida intervención, ya que producto del confinamiento, cierre de colegios y servicios de salud volcados a la atención de la emergencia sanitaria, los niños, niñas y adolescentes perdieron la posibilidad de buscar atención en sus escuelas o centros de salud local. Los datos al respecto indican que la escuela representa un 22% y los servicios formales de salud mental un 19% de las primeras atenciones a niños, niñas y adolescentes.<sup>82</sup>

La psiquiatra Vania Martínez precisa que durante la pandemia “hubo muchas alertas, alarmas, sobre qué se puede hacer, cómo se puede prevenir. Todo fue insuficiente. No hubo tanto énfasis probablemente a proteger la salud mental (...) Se esperaba que con el retorno a la presencialidad síntomas como ansiedad, irritabilidad depresión, ideación suicida disminuyeran, sin embargo, esto ha aumentado en la población infante adolescente.”<sup>83</sup> Por lo tanto, sumado a los problemas en el acceso y oportunidad (largas listas de espera), la calidad de la atención y la frecuencia entre atenciones, eran inevitables las graves consecuencias en la salud mental de la población”.

Un estudio sobre el impacto de la pandemia en la salud mental de estudiantes desde prekínder a cuarto básico, pertenecientes a la Región Metropolitana, demostró que los síntomas más frecuentes durante la pandemia fueron la “irritabilidad, mal genio, no obedecer y cambios en el apetito.”<sup>84</sup> El mismo estudio señala que “dada la prolongada cuarentena y aislamiento por COVID-19, la probabilidad de empeoramiento sintomático en poblaciones vulnerables, incluyendo niños y adolescentes, es esperable. Sin embargo, el 20,6% de los niños estudiados evolucionaron desde no presentar síntomas previos a la cuarentena a tener al menos uno durante la cuarentena.”<sup>85</sup>

81 Ibíd.

82 Margarita Humphreys Ostertag, *Reflexiones para la renovación de las políticas públicas en torno a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en Chile: una mirada desde la evidencia*, Compendio de Trabajos Breves de Investigación, Ensayos y Propuestas de Intervención de alumnos destacados en 2021, Centro de Estudios Justicia y Sociedad, Universidad Católica, junio, 2022.

83 Entrevista realizada a psiquiatra Vania Martínez, 3 de agosto de 2022.

84 Marcela Larraguibel, Rodrigo Rojas-Andrade y otros, op. cit., p 15.

85 Ibíd., p. 18 y ss.



El contexto del confinamiento y la falta de respuesta ante necesidades de salud mental, contribuyeron a la pérdida de habilidades de sociabilización, mayor irritabilidad, mayor intolerancia a la frustración de niños, niñas y adolescentes. No obstante, la doctora Martínez señala que no debe hacerse una relación lineal entre violencia y salud mental, señalando que “todas las personas que ejercen violencia no lo hacen por un problema de salud mental, de hecho, es al revés, las personas que tienen problemas de salud mental más bien son víctimas de violencia y no son quienes la ejercen”.<sup>86</sup>

Durante el regreso a clases en 2022, los medios resaltaron una serie de episodios de abuso y violencia en establecimientos educacionales en diversas regiones. En virtud de esto, el Consejo para la Transparencia ofició a la Superintendencia de Educación para levantar información sobre protocolos de convivencia y reacciones ante la reiterada aparición de denuncias.<sup>87</sup> Para realizar seguimiento, solicitamos información a la Superintendencia<sup>88</sup> sobre los protocolos de actuación ante situaciones de vulneración de derechos de los estudiantes y el número de denuncias presentadas ante los establecimientos educacionales en el marco de la aplicación de las normas de dichos protocolos. Desde esa entidad se nos informó que durante el año 2022 al 31 de marzo, recibieron 500 denuncias por maltrato entre estudiantes; 185 denuncias por maltrato de adulto a estudiante y/o párvulo; 4 denuncias por maltrato de estudiante a personal del establecimiento; 2 denuncias por maltrato entre personal del establecimiento; 8 denuncias por maltrato del personal del establecimiento a apoderado; 17 denuncias por situaciones de connotación sexual de adultos a estudiantes; y 59 denuncias por situaciones de connotación sexual entre estudiantes.<sup>89</sup>

Por lo demás, en estas cifras no se encuentran consideradas las denuncias que pudieran hacer libremente los estudiantes, padres/madres y apoderados directamente en los establecimientos educacionales, ya que la Superintendencia de Educación solo posee estadísticas respecto de los reclamos y denuncias que ingresan los miembros de las comunidades educativas en la propia institución y sus direcciones regionales.<sup>90</sup> Tampoco se mantiene un registro de los procedimientos sustanciados por las unidades educativas en aplicación de sus protocolos.<sup>91</sup> El Plan Nacional de Salud Mental señala que existe el desafío de fortalecer estrategias específicas para los niños y niñas mayores de 5 años, siendo los establecimientos educacionales un espacio privilegiado para la promoción de factores protectores, así como para prevenir, derivar a atención de salud y generar acciones de inclusión social de niños, niñas y adolescentes con problemas o trastornos mentales.<sup>92</sup>

86 Entrevista realizada el 3 de agosto de 2022, op. cit.

87 Consejo para la Transparencia, *Oficio N° 000053*, Santiago, 23 de marzo de 2022.

88 Consejo para la Transparencia, Solicitud de acceso a la información Folio N° CT001T0016054.

89 Superintendencia de educación, *Oficio 10DJ N° 321*, 13 de abril 2022, p. 7.

90 *Ibid.*

91 *Ibid.*

92 Ministerio de Salud, 2017, op. cit., p. 49.

### 5.3. Infancia institucionalizada y salud mental

Según De la Barra y colaboradores, el 69,1% de niños, niñas y adolescentes bajo sistema de protección de derechos presenta al menos un trastorno mental (45,3% riesgo de suicidio, 40% dependencia de drogas, 25,7% trastornos de conducta disocial y 23,5% trastorno negativista desafiante), existiendo una brecha asistencial de 88,9% para ellos. El 86,3% de los adolescentes entre 14 y 17 años que se encuentran en centros privativos de libertad por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente presenta algún trastorno mental, de los cuales el 75,5% corresponde a consumo de sustancias, el 37,8% a trastornos disruptivos, un 25,4% a déficit atencional, y un 67,7% con comorbilidad psiquiátrica.<sup>93</sup>

Por su parte, a través de los datos obtenidos en el DEIS del MINSAL, advertimos un registro desde 2017 que da cuenta del número de consultas médicas del Programa de Salud Mental realizadas a grupos de especial protección, el que considera las intervenciones realizadas a niños, niñas y adolescentes de la red SENAME-Mejor Niñez. Así, durante 2018 se realizaron 344 consultas, en 2019 un total de 1.114; y durante 2020 esta cifra se reduce a 544, significando una caída del 41,1% de las consultas médicas durante el año de inicio de la pandemia. Finalmente, durante 2021 se realizan un total de 1.593 intervenciones, superando el número previo a la crisis sanitaria.<sup>94</sup>

Respecto de las cifras de ingresos al programa de salud mental, que corresponden al número de niños, niñas y adolescentes pertenecientes a SENAME-Mejor Niñez que se atienden por primera vez o reingresan a control en el Programa de Salud Mental, el tablero de estadísticas da cuenta de un total de 6.931 en 2018, 8.880 ingresos durante 2019 y un total de 6.013 en 2020. Tal como en el caso de las consultas, en 2021 aumentan las cifras, incluso en relación a los números previos a la pandemia, con un total de 9110.<sup>95</sup>

Respecto al número de personas de este grupo de especial protección que egresan del Programa de Salud Mental, luego de que un profesional responsable da término a la modalidad de control de un paciente, en 2018 se produjeron 1.030 egresos, en 2019 la cifra aumenta a 2.608, en 2020 baja a 1824, y finalmente en 2021 el guarismo asciende a 3.830 egresos de niños entre 0 y 19 años.<sup>96</sup>

93 Ministerio de Salud, op. cit., p. 13.

94 MINSAL, *Reporteria de Salud Mental*, Tableros DEIS, Programas Salud Mental 2014-2021, Consultas Médicas, (Consultas Médicas del Programa de Salud Mental grupos de especial protección, NNAJ, SENAME-MN, Años, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, A nivel nacional), 27 de julio 2022, último acceso, 05 de agosto de 2022.

95 *Ibid.*, Programas Salud Mental 2014-2021, Ingresos al programa de Salud Mental, (Ingresos al programa de Salud Mental, grupos de especial protección, NNAJ, SENAME-MN, Años, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, A nivel nacional), 27 de julio 2022, último acceso, 05 de agosto de 2022, informesdeis.minsal.cl.

96 *Ibid.*, Egresos al programa de Salud Mental, (Egresos al programa de Salud Mental, grupos de especial protección, NNAJ, SENAME-MN, Años, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, A nivel nacional), 27 de julio 2022, último acceso, 05 de agosto de 2022. informesdeis.minsal.cl.

Por último, respecto del número de personas en control en el nivel primario y secundario de salud con médico u otro profesional por factores de riesgo y condicionantes de salud mental y/o por diagnósticos de trastornos mentales, respecto de niños, niñas y adolescentes, en 2018 se informó un total de 5.566; en 2019 de 14.558; en 2020 de 9.130; y finalmente en 2021, un total de 16.244 niños, niñas y adolescentes en control.

En el registro histórico, ya en 2004, un estudio realizado por la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile en los Centros de Administración Directa de SENAME (comprende tanto el área de protección de derechos como de infractores de ley), confirmó que el 100% de ellos y ellas presentaba algún tipo de trastorno de salud mental.<sup>97</sup>

Un estudio similar de 2009<sup>98</sup> que incluyó niños en centros de protección<sup>99</sup> y adolescentes infractores de ley penal, concluyó que un 90% presentó algún diagnóstico psiquiátrico durante los 12 meses previos a la entrevista de ingreso, en comparación con el grupo de control que presentó en un 41%. Asimismo, relevó la alta prevalencia de patologías (64%) en el grupo de centros de protección comparado con los controles (18%) y que prácticamente la mitad del grupo en estudio presentó trastornos de conducta o disocial (46,9%).

El 57,4% de los casos diagnosticados con el instrumento MINI KID<sup>100</sup> tendrían dos o más trastornos de salud mental simultáneos y un 68,2% al menos un trastorno de salud mental (10,8% tendrían solo un trastorno). Del 68,2% que presenta alguna patología mental, únicamente el 11,1% se atiende en centros especializados de salud mental.

Se solicitó vía transparencia el número de intentos de suicidio en niños, niñas y adolescentes en residencias a nivel nacional, desglosado por región, comuna, edad y sexo, durante el periodo 2014-2022; a su vez se solicitó que la información estuviese desglosada por niños y niñas de 11 a 17 años. En relación a esta consulta, el Servicio Nacional de Protección, precisa que de conformidad a la normativa que lo rige (cita los artículos N.º 1, 2, y 2 BIS) no tiene la facultad de investigar ni de recibir órdenes de investigar hechos que pudieren ser

97 Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile, "Diagnóstico de Salud Mental Psiquiátrico y Propuesta de modelo de atención de niños, niñas y adolescentes de los Centros de Administración Directa de SENAME". Cita desde: MINSAL, SENAME, *Orientaciones técnicas para la atención de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales usuarios del Servicio Nacional de Menores*, octubre 2007, p. 13.

98 Pedro Rioseco y otros, "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley: Estudio caso-control", *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(3), 2009.

99 Aunque erradamente caracterizados como "adolescentes infractores de ley", pese a tener desde 12 años y a encontrarse en centros de protección.

100 "La M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) es una entrevista diagnóstica estructurada breve que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10 y tiene un alto grado de validez y confiabilidad." Instituto de Sociología de la PUC, *Trayectorias de jóvenes infractores de ley: Investigaciones sobre población adolescente*, 2015, p. 38.

eventualmente constitutivos de delitos, y especialmente los referidos a intentos de suicidios. En vista de ello, señala que el organismo encargado de proporcionar esa información es el Ministerio Público, derivando la solicitud a dicho organismo.<sup>101</sup> Con fecha 9 de septiembre el Ministerio Público otorga respuesta, indicando que no tiene datos relacionados al fenómeno del suicidio en razón de que no está tipificado como delito en nuestro ordenamiento jurídico, al igual que los intentos de suicidio. En relación a la temática consultada, refiere que lo que se encuentra tipificado como delito es la figura de “auxilio al suicidio” y que en la actualidad se encuentran en tramitación en el Congreso Nacional algunos proyectos de ley que guardan relación con la temática del “suicidio”.<sup>102</sup>

El problema es que en ausencia de estos datos es difícil diseñar programas específicos, lineamientos y protocolos para un tratamiento de carácter preventivo.

De acuerdo a un estudio realizado en el marco del Programa Vida Nueva (2012), existía una prevalencia de 69,1 % de trastornos mentales en los niños, niñas y adolescentes, siendo los más relevantes el riesgo de suicidio (45.3%) y la dependencia de drogas (40%), seguidos por trastornos de conducta disocial (25%) y negativista desafiante (23,5%). El estudio declaraba que existía una brecha asistencial de 88,9% para responder a las necesidades de salud mental de esta población.<sup>103</sup>

A la luz de lo expuesto es posible señalar que en el caso de niños, niñas y adolescentes que ya han sido vulnerados en sus derechos y que por consiguiente requieren de medidas y protección reforzada, el Estado no está respondiendo ni en tiempo ni en forma. Creemos que el principio de prioridad que establece la Ley de Garantías debiese contribuir a una atención oportuna de estos niños, niñas y adolescentes. No obstante, en la actualidad la oferta en este plano es totalmente insuficiente y, por lo tanto, la priorización es letra muerta y tenemos listas de espera con tiempos tan prolongados que tienen un impacto enorme en la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

101 Solicitud de información Folio: AI010T00000496, del 22 de junio de 2022, dirigida al Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia.

102 Solicitud de Información Folio: AI010T00000496 del 22 de junio de 2022, dirigida al Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, derivada parcialmente al Ministerio Público el 19 de agosto de 2022, Respuesta recibida el 09 de septiembre de 2022, Carta DEN / LT N° 653/2022.

103 Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, *Estudio diagnóstico en salud mental de niños, niñas y adolescentes atendidos en el marco del programa Vida Nueva*, 2012, citado desde: Departamento de Protección de Derechos SENAME, *Orientaciones técnicas para Residencias de Alta Especialidad*, 2019, pp. 4-5.

### **5.3.1. Problemas en oferta especializada para niñez del sistema de protección**

A raíz de la crisis política generada por la muerte de la niña Lissette Villa en el Centro de Reparación Especializada de Administración Directa (en adelante, CREAD) Galvarino, el Ministerio de Salud visitó en 2017 los CREAD y reportó que “un 27,9% de los niños, niñas y adolescentes evaluados en las Residencia de origen de SENAME y de colaboradores presentaban trastornos de salud mental tales como: ideación e intento suicida, autoagresiones, depresión grave, trastorno bipolar, consumo perjudicial, esquizofrenia y trastorno de conducta grave.”<sup>104</sup>

Asimismo, según información del entonces SENEME, la respuesta de atención de urgencia en las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos de Psiquiatría (UHCIP) se vuelve una puerta giratoria para niñas y niños con casos complejos, existiendo algunos y algunas que durante un año han presentado entre 2 a 3 ingresos en estas Unidades.<sup>105</sup>

Por lo anterior, desde el entonces SENAME se diseñó e implementó el modelo de Residencia de Alta Especialidad, sin que hasta la fecha exista una evaluación pública y confiable acerca de su funcionamiento. Voces expertas desde la psiquiatría infantil, tales como el Dr. Juan Andrés Mosca, han señalado la inexistencia de oferta específica.<sup>106</sup> En entrevista para este capítulo,<sup>107</sup> concluye que la prevalencia de enfermedades mentales en población general menor de 18 años, es del 22%, mientras que el promedio mundial es de 19%. Sin embargo, la prevalencia de enfermedades mentales en la población infanto-adolescente del SENAME, considerando los programas de Protección y de Ley de Responsabilidad Juvenil se encontraría entre el 60% y 70% (habría alrededor de 90.000 niños con problemas de este tipo). El profesional puntualiza que de esos 90.000 cerca del 10% presentaría alguna de las causales que configuran riesgo vital psiquiátrico y que requiere hospitalización urgente, es decir, han tenido intentos suicidas graves o reiterados; cuadros psicóticos (alucinaciones o delirios) y/o intoxicaciones graves por consumo de drogas o alcohol. Andrés Mosca estima que mensualmente se requerirían alrededor de 1.000 camas para la atención de estos casos.

Los problemas de oferta han derivado en acciones judiciales. Ante

104 Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Salud Mental, *Informe de visitas diagnósticas a Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD)*, 2017. Cita desde: Departamento de Protección de Derechos SENAME, *Orientaciones técnicas para Residencias de Alta Especialidad*, 2019, p. 5.

105 Departamento de Protección de Derechos SENAME, *Orientaciones técnicas para Residencias de Alta Especialidad*, junio de 2019, p. 7.

106 Qué Pasa.cl: “Los niños de nadie”, 29 de julio de 2016.

107 Entrevista de autores a Dr. Juan Andrés Mosca, marzo de 2022.

la cifra de 14.301 niños, niñas y adolescentes en lista de espera, la Defensoría de la Niñez interpuso un recurso de protección en la Corte de Apelaciones de Santiago, con el fin de que se restituyan los derechos a la vida y a la integridad física y psíquica y la igualdad ante la ley de aquellos niños, niñas y adolescentes.<sup>108</sup>

Desde otro enfoque, residencias de origen han interpuesto también recursos de protección en contra de SENAME y MINSAL,<sup>109</sup> impugnando resoluciones de la Justicia de Familia que ordenan ingresos de niños que no se ajustan al perfil de ingreso de un determinado centro de protección por presentar algún problema mayor en el plano de la salud mental.

Una valiosa jurisprudencia se extrae del fallo de la Corte de Apelaciones de Rancagua, que determina con claros fundamentos el rol de garante del Estado. El fallo responde a un recurso de protección en acción interpuesta por una residencia (Fundación Pequeño Cottolengo), impugnando una resolución de la justicia y también la acción de SENAME y del MINSAL, en razón de una orden de ingreso de un niño cuyo perfil no coincide con el definido para la incorporación a dicha residencia por presentar algún problema mayor en su salud mental.

Que en este contexto, no cabe duda que la carga impuesta al recurrente afecta su derecho de propiedad, gravamen que no se explica cómo puede ser derivada por quien tiene la obligación de soportarla como es el Estado, a través de sus organismos, principalmente el SENAME y secundariamente los Servicios de Salud, quienes no han asumido su responsabilidad. Sobre el punto, en el año 2000 se estableció un convenio marco entre el Ministerio de Justicia (MINJU), el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y el Ministerio de Salud (MINSAL), el que señala que “debe existir mutua cooperación para el expedito acceso de los niños, niñas y adolescentes a todas aquellas prestaciones de salud que sean necesarias para su desarrollo integral”, destacando el “rápido ingreso, la atención expedita y oportuna a los niños, niñas y adolescentes que concurran a los niveles de atención primaria, secundaria, de especialidades y exámenes, y de hospitalización, evitándoles esperas, considerando que su condición no lo hace aconsejable”.

Es llamativo, en lo relativo a la disposición del Estado, que durante el

108 Defensoría de la Niñez: “Defensoría de la Niñez presenta Recurso de Protección a raíz de más de 14 mil niños, niñas y adolescentes en lista de espera para ingresar a programas ambulatorios de protección de sus derechos”, 15 de junio de 2022.

109 Corte Suprema, *Mario Manríquez Santa Cruz contra Evelyn Araya Salgado y María José Montero Barra*, 27 de julio de 2017; Corte Suprema, *Congregación religiosa pequeña obra de la D. con Jdo. Familia Linares y otros*, 6 de diciembre de 2019; y Corte de Apelaciones de Rancagua, *Congregación religiosa pequeña obra de la D. con Jdo. Familia Linares y otros*, 29 de octubre de 2019.

procedimiento SENAME en su informe a la Corte dice: “incluso, postula el Servicio que la residencia está facultada para solicitar, a favor del joven, personal especializado del programa 24/7 del Servicio Nacional de Menores.” (considerando 2). Esto, llama la atención, ya que una solicitud a los denominados PES (Proyecto de Emergencia en Salud) puede demorar a lo menos seis meses y a veces un año entero, y el Servicio deja en su informe la idea de que es algo que se puede conceder muy rápidamente.

Por último, en un reciente caso,<sup>110</sup> una curaduría ad litem del Programa Mi Abogado, en la Región del Biobío, representa a una niña de 12 años y denuncia como arbitrario e ilegal el hecho de que los organismos gubernamentales y los colaboradores que denuncia, hayan dispuesto a favor de la niña un tratamiento de rehabilitación a las drogas, bajo la modalidad ambulatoria, “desconociendo que atendida su alta condición de vulnerabilidad dicho programa resulta ineficaz e insuficiente y, atentatorio de su derecho fundamental contemplado en el artículo 19 Número 1 de la Constitución Política de la República, desde que no entrega a la niña una respuesta sistémica, concreta e integral a su situación, siendo lo correcto que sea internada en un centro especializado, que le provea de las atenciones de salud requeridas, los profesionales competentes y un espacio seguro que le permita rehabilitarse, tanto física como psíquicamente”. La Corte acogió el recurso y ordenó coordinaciones entre las agencias públicas involucradas.

No hay duda de que la población infanto-adolescente atendida en Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia<sup>111</sup> (ex SENAME) presenta numerosos casos de alta complejidad y polivictimizados con compromiso biopsicosocial severo, que requieren de abordajes terapéuticos prolongados en el tiempo, cuidados y procesos de rehabilitación intensivos y de especialidad, que permitan la mantención de la recuperabilidad y la inclusión comunitaria de los niños, niñas y adolescentes.

#### **5.4. Justicia juvenil**

En diversos instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos se contemplan resguardos específicos sobre la salud mental para

110 Corte Suprema, *caso Muñoz Abarca contra Isapre Nueva Masvida S.A.*, 23 de febrero de 2021.

111 El Servicio Nacional de Protección Especializada opera bajo la Ley 21.302, publicada el 5 de enero de 2021 y que entró en vigencia el 1° de octubre de 2021. Sobre esta Ley, Véase, Francisco Estrada, *Ley 21.302 Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y modifica normas legales que indica*, Santiago, Infajus, 2021.

jóvenes que se encuentran en conflicto con la ley.<sup>112</sup>

El panorama del sistema a cargo de los jóvenes en conflicto con la ley, en nuestro país, es preocupante. El estudio de Abarca y Piñol<sup>113</sup> muestra un alto nivel de prevalencia anual de problemas de salud mental, los que alcanzaron un 62%. Es decir, casi dos tercios de la población juvenil privada de libertad presenta este tipo de problemas.

Luego, se aprecia una alta prevalencia anual de trastornos disruptivos (41,2%), y de aquellos relacionados con el consumo de drogas (38,9%). Los antecedentes teóricos sobre la evolución de estas patologías sugieren que su inicio es anterior a la privación de libertad, lo que supone que los centros reciben jóvenes que son portadores de estos trastornos al momento del ingreso. Los trastornos ansiosos se sitúan en un nivel inferior a los anteriores, alcanzando un 33 % de prevalencia anual, y presentan mayor variabilidad cuando se compara la prevalencia mensual y anual. En un nivel inferior al 15% aparecen los trastornos afectivos, los cuales también muestran variabilidad al comparar los indicadores de prevalencia.

Las conductas autolesivas, pensamientos relativos a la muerte e intentos de suicidio, durante el año anterior a la entrevista de ingreso, son reportados con mucha frecuencia por los jóvenes evaluados tanto en la etapa de tamizaje como en la de evaluación. Los cortes en el cuerpo y otras conductas generadoras de daño, mostraron alta prevalencia si se suman los casos de ocurrencia esporádica y frecuente. Asimismo, alrededor de la quinta parte de los jóvenes tamizados reportó ideación suicida o de daño a sí mismo. La información obtenida a partir de la entrevista estructurada DISC-IV apuntó en la misma dirección, ya que en cerca de la mitad de los casos se recogieron pensamientos relacionados con la muerte en el último año, mientras un 20,2% reportó pensamientos de tipo suicida. Finalmente, un 11,5% manifestó haber intentado quitarse la vida durante el año anterior.

Para finalizar, podemos concluir que tenemos una tormenta perfecta, es decir, una combinación de factores adversos que contribuyen a exacerbar la crisis de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. En primer lugar, estamos frente a un aumento de la demanda, producto de una pandemia que hizo estragos en la salud mental de la población y de

112 Ver Directrices de Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil (Directrices de Riad, 1990) (N° 45). También, Reglas de Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad, (Reglas de La Habana, 1990) reglas 21, 28, 49, 52, 53, 54, 67 y 87. Especialmente significativa es la 53 sobre el deber de protección: "Todo menor que sufra una enfermedad mental deberá recibir tratamiento en una institución especializada bajo supervisión médica independiente. Se adoptarán medidas, de acuerdo con los organismos competentes, para que pueda continuar cualquier tratamiento de salud mental que requiera después de la liberación."

113 Ana María Abarca y Diego Piñol, *Estudio diagnóstico de la situación actual de la atención en salud mental y psiquiatría para la población de adolescentes que cumplen condena en cip-crc*, Fundación Tierra de Esperanza, febrero de 2012.



manera más profunda en la niñez y adolescencia. En segundo lugar, tenemos una oferta de especialistas completamente insuficiente, con problemas de acceso, oportunidad y frecuencia de las atenciones, las cuales son escasas (no más de una al mes), sin dar respuesta a las necesidades que plantea una debida intervención.

Si bien es cierto que debiésemos avanzar hacia tratamientos ambulatorios, el problema es que la atención es tan tardía que la gravedad y cronificación determinan la necesidad de hospitalización psiquiátrica, enfrentándonos en estos casos al déficit que en la actualidad tenemos, de camas de corta, larga y mediana estadía.

## 6. CONCLUSIONES

Es innegable que, en términos generales, en Chile existe un avance en el cumplimiento de estándares en esta materia y la dictación de la Ley 21.332 de salud mental representa un aporte en dicho sentido. Sin embargo, en lo que se refiere a niños, niñas y adolescentes la situación muestra ribetes preocupantes, ya que las brechas en salud mental en esta población, son aún mayores. Con la entrada en vigencia de la Ley de Garantías es posible pensar en mecanismos de exigibilidad que permitan reclamar la falta de acceso, oportunidad y especialización que hoy se plantean como urgencias.

Existe una deuda pendiente muy compleja, y que a veces puede ser de vida o muerte, y dice relación con las alarmantes cifras de suicidio entre nuestros adolescentes. Estamos llegando tarde –y muchas veces no estamos llegando– y esto tiene consecuencias inconmensurables en la vida de niños, niñas y adolescentes.

Enumeramos a continuación algunos aspectos que nos parece clave afrontar en relación a la salud mental de niños, niñas y adolescentes en Chile:

1. Existen serios problemas en los registros; faltan datos y cifras sobre salud mental en infancia y adolescencia. Esto es grave ya que ninguna política pública seria podría elaborarse si no es en base a información fidedigna.
2. En el ámbito de la protección especializada el acceso a dispositivos de salud mental ha presentado problemas; las listas de espera se han acrecentado y, por tanto, los tiempos en que los niños, niñas y adolescentes permanecen sin atención. En la actualidad, más de 14.000 niños, niñas y adolescentes se encuentran en listas de espera.
3. El presupuesto en materia de salud mental ha mejorado en los últimos años, pero aún no es suficiente para estar a la altura

de los estándares internacionales y, en el caso de niños, niñas y adolescentes, incluso más grave la situación. Según información proporcionada por la exministra de salud, María Begoña Yarza, hoy se destina un 2,4 % del presupuesto general de Salud a la salud mental, lo cual resulta completamente insuficiente, ya que debiese representar a lo menos un 6%.

4. Además, no existe claridad dentro del presupuesto asignado a salud mental en cuanto al porcentaje que se destina a la población infanto-juvenil.
5. La oportunidad, frecuencia y calidad de la atención son tres factores determinantes para lograr resultados favorables en el tratamiento de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, pero que en la actualidad figuran como aspectos críticos del sistema.
6. La calidad está vinculada a la existencia de profesionales especializados en el tratamiento de la salud mental infanto-juvenil. Estamos ante una población que requiere de una atención brindada por psicólogos y psiquiatras especialistas en la materia.
7. La pandemia del Covid-19 amplificó los problemas de salud mental en la población y aquellos factores determinantes para acrecentar las brechas sociales, lo cual ha tenido un impacto en la salud mental de las familias y, por supuesto, y muy especialmente, en niños, niñas y adolescentes.
8. Es preciso abordar el acceso a la atención en salud mental de la infancia y adolescencia como una cuestión fundamental. Asimismo, la intervención temprana es crucial para obtener mejores resultados en la adultez, ya que alrededor de la mitad de los trastornos mentales que sufre la población adulta tiene sus raíces en la infancia. En este sentido, estamos llegando tarde, de manera reactiva y no preventiva dejando a miles de niños, niñas y adolescentes en la desprotección.
9. Si bien las Garantías Explícitas de Salud (GES) se han fortalecido con el acceso de algunas patologías relevantes, se requiere incorporar a niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, dado que, en la actualidad, el GES de depresión, trastorno bipolar, primer episodio de esquizofrenia incluye solo a adolescentes de entre 15 y 19 años.
10. A la luz de los estándares internacionales, Chile sigue estando al debe en este ámbito. Si bien contamos con una normativa que introduce cambios importantes y señala un catálogo de derechos, es preciso considerar garantías y mecanismos de exigibilidad, de lo contrario la sola declaración de estos derechos no redundará en el cumplimiento de dichos estándares.

## RECOMENDACIONES DEL CENTRO DE DERECHOS HUMANOS

1. Crear un sistema coordinado e integrado de estadísticas sobre la infancia y adolescencia, con datos completos y registros desglosados a nivel territorial, por sexo, edad, género, pertenencia a pueblos originarios y otras dimensiones, que permitan delimitar con precisión el panorama actual de la salud mental infanto-juvenil y sirvan de insumo para la implementación de políticas públicas eficientes y efectivas.
2. Es necesario el aumento presupuestario en salud mental y diferenciar entre el presupuesto dirigido a personas mayores de edad y el presupuesto dirigido a la población infanto-juvenil, tanto en promoción, prevención y tratamiento. Asimismo, es necesario asignar presupuesto a la creación de programas de detección temprana.
3. Garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes, de acuerdo a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad y los estándares de la OMS .
4. Asegurar el principio de prioridad establecido en la Ley 21.430 sobre Garantías y Protección Integral y operacionalizar mecanismos de exigibilidad que permitan la priorización de niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos de acceder a centros de salud mental adecuados a sus respectivos diagnósticos y necesidades, de preferencia en atención ambulatoria y comunitaria.
5. Capacitar en salud mental a todos los actores que trabajan con niñez y adolescencia, en especial jueces, abogados y profesionales del sistema proteccional y de justicia juvenil, de manera que puedan contribuir al desarrollo integral y holístico de niñas, niños y adolescentes, despatologizar problemas sociales, y evitar procesos de estigmatización.
6. Es necesario que el abordaje de la salud mental de niños, niñas y adolescentes sea intersectorial y no de manera fragmentada como es en la actualidad, se precisa una mirada sistémica de la salud mental desde distintos espacios, salud, educación, desarrollo social y otros.