

Brecha de psiquiatras infantiles y de adolescencia en la red pública chilena: estimación de oferta y requerimiento asistencial para 2025

María José Calletti Godoy^a  Cristian Rebolledo Díaz^{b*} 

^aHospital de Puerto Aysén, Servicio de Salud Aysén, Puerto Aysén, Chile; ^bEscuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile

KEYWORDS Child and Adolescent Psychiatry, Mental Health Services, Health Workforce, Health Services Accessibility, Chile

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de salud mental durante la infancia y la adolescencia constituyen una causa relevante de sufrimiento, discapacidad y uso de servicios. Además, su abordaje oportuno puede modificar las trayectorias clínicas, educativas, familiares y sociales [1]. La atención especializada no reemplaza el rol de la atención primaria ni el de los equipos interdisciplinarios, pero sigue siendo un componente crítico de las redes para los casos de mayor complejidad, para la continuidad de los cuidados y para el apoyo clínico en otros niveles de atención.

La disponibilidad de psiquiatras infantiles y de la adolescencia es limitada en numerosos países y suele concentrarse en grandes ciudades, en el sector privado o en centros de referencia. En América Latina, esta distribución se superpone a desigualdades territoriales en los dispositivos de salud mental, el transporte, la derivación y la disponibilidad de equipos especializados [1,2]. En Chile, la situación adquiere particular relevancia por las listas de espera persistentes para consultas nuevas de psiquiatría infantil y de la adolescencia. El visor ministerial registraba cerca de 14 000 personas en espera y una mediana nacional de 306 días en 2024 [3].

El número de especialistas, por sí solo, no refleja la capacidad asistencial de la red, ya que no indica cuántas horas de atención puede aportar efectivamente ni cómo esa oferta se compara con un escenario explícito de requerimientos poblacionales. Esta distinción es relevante cuando existen jornadas parciales, funciones no asistenciales, contratos compartidos y una distribución territorial heterogénea.

Esta comunicación breve presenta una estimación técnica de la oferta asistencial disponible y del requerimiento potencial de atención especializada en psiquiatría infantil y de la adolescencia para la población de 4 a 19 años beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA). La estimación se realizó por región y a nivel nacional durante 2025. Su propósito es explicitar los supuestos de planificación, junto con dimensionar la magnitud y la distribución territorial del desajuste. No forma parte de este trabajo estimar la demanda expresada, el uso observado de prestaciones ni establecer una cifra definitiva de especialistas requeridos.

MÉTODO DE ESTIMACIÓN

Se realizó una estimación técnica de la planificación sanitaria utilizando registros administrativos secundarios. El número de especialistas inscritos a nivel nacional se obtuvo del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, con corte a abril de 2025 [4]. La información regional sobre contratos vigentes en la red pública se obtuvo mediante una solicitud de información a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el marco de la Ley N° 20 285 (Ley de Transparencia). La población objetivo correspondió a personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud de 4 a 19 años, desagregadas por región, obtenidas a partir de datos abiertos institucionales [5]. La tasa nacional de especialistas por 100 000 habitantes se calculó a partir de la población reportada en el Censo 2024 [6].

La oferta asistencial se calculó a partir de las horas contratadas, y no del número de personas. Para cada región, las horas contractuales semanales se multiplicaron por 45,86 semanas efectivas de trabajo anual y por una dedicación asistencial del 80%, supuesto concordante con las orientaciones ministeriales para la red temática de salud mental [7]. El resultado se expresó en horas asistenciales anuales y en jornadas completas equivalentes en asistencias. Una jornada completa equivalente en asistencias equivale a 44 horas semanales $\times$ 45,86 semanas/año $\times$ 80% de tiempo asistencial; esto es, 1614,3 horas asistenciales anuales. Esta conversión permite diferenciar entre



* Autor de correspondencia crisreb@uchile.cl

Citación Calletti Godoy MJ, Rebolledo Díaz C. Brecha de psiquiatras infantiles y de adolescencia en la red pública chilena: estimación de oferta y requerimiento asistencial para 2025. Medwave 2026;26(07):e3223

DOI 10.5867/medwave.2026.07.3223

Fecha de envío Mar 31, 2026, **Fecha de aceptación** Jul 20, 2026,

Fecha de publicación Aug 31, 2026

Correspondencia a Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Av. Independencia 939, Independencia, Santiago, Chile

IDEAS CLAVE

- La escasez y la distribución desigual de psiquiatras infantiles y adolescentes limitan la capacidad de respuesta de la red pública ante las necesidades de salud mental infanto-adolescente.
- Esta comunicación breve estima, con registros administrativos y supuestos explícitos, la oferta asistencial disponible y el requerimiento potencial de atención especializada por región.
- La estimación no mide la demanda expresada, la producción efectiva, la infraestructura ni la oportunidad de atención. Esto debe interpretarse como un escenario de planificación, no como una meta rígida de contratación.

el número de especialistas contratados y la oferta efectiva de atención que sus jornadas representan.

El requerimiento asistencial potencial se estimó multiplicando, para cada región, la población del Fondo Nacional de Salud de 4 a 19 años por una prevalencia de trastornos mentales de 22,5% [8], una proporción de 30% de casos que requerirían atención especializada, diez consultas anuales por persona y una duración promedio de 45 minutos por consulta [9]. El supuesto de derivación busca representar un escenario de atención escalonada y no implica que todas las personas con trastornos mentales deban ser atendidas exclusivamente por psiquiatras. La brecha se definió como la diferencia entre el requerimiento potencial y la oferta asistencial disponible. La cobertura se calculó como $(\text{oferta}/\text{requerimiento}) \times 100$. Para examinar la dependencia del resultado respecto del supuesto de derivación, se realizó una sensibilidad unidireccional modificando esa proporción a 20 y 40%. No se realizaron pruebas inferenciales ni se analizó la correlación con las listas de espera, porque dichas relaciones estarían fuertemente condicionadas por el tamaño poblacional regional y exceden el alcance descriptivo de la estimación.

RESULTADOS

En abril de 2025 se identificaron 613 especialistas en psiquiatría infantil y de la adolescencia a nivel nacional, equivalentes a 3,32 por cada 100 000 habitantes [4,6]. De ellos, 330 mantenían contratos vigentes en la red pública. La oferta asistencial derivada de esos contratos alcanzó a 395 607 horas asistenciales anuales, equivalentes a 245 jornadas completas equivalentes en asistencias anuales.

En el escenario base, el requerimiento potencial fue de 1 253 367 horas asistenciales anuales, equivalentes a 776 jornadas completas equivalentes en asistencias. La brecha nacional alcanzó 857 760 horas, o 531 jornadas completas equivalentes en asistencias, y la cobertura estimada fue de 32% (Tabla 1). La Región Metropolitana concentró 39% del requerimiento potencial nacional. Sin embargo, aportó 28% de la oferta asistencial disponible, resultando en la mayor brecha absoluta: 232 jornadas completas equivalentes en asistencias. Las regiones de Valparaíso, Maule y O'Higgins presentaron déficits adicionales de 57, 36 y 33 jornadas completas equivalentes en asistencias, respectivamente. En contraste, la cobertura proporcional fue más baja en las regiones de Antofagasta (6%) y Tarapacá (13%). Por su parte, Aysén y Magallanes mostraron

coberturas de 75 y 83%, respectivamente, aunque con ofertas asistenciales absolutas pequeñas, por lo que variaciones menores en la dotación podrían modificar sustantivamente su capacidad de respuesta.

El análisis de sensibilidad no modificó la conclusión central. Si el 20% de los casos requiriera atención especializada, la cobertura nacional aumentaría al 47% y persistiría una brecha de 273 jornadas completas equivalentes en asistencias. Con un supuesto de 40%, la cobertura descendería a 24% y la brecha aumentaría a 790 jornadas completas equivalentes en asistencias. Por tanto, aun en un escenario más conservador de derivación, el desajuste entre oferta asistencial y requerimiento potencial se mantiene relevante.

DISCUSIÓN

La estimación muestra que la oferta asistencial pública contratada es insuficiente frente a un escenario razonable de requerimientos potenciales de atención especializada. Su aporte principal no consiste en fijar una dotación exacta de psiquiatras por región, sino en mostrar que el problema combina una insuficiencia global y una desigualdad territorial. La cobertura nacional de un tercio del requerimiento estimado sugiere que la brecha no puede resolverse únicamente mediante redistribuciones marginales entre regiones. Al mismo tiempo, los resultados regionales muestran que una estrategia uniforme sería insuficiente. En territorios con menor cobertura proporcional se requieren medidas de atracción, acompañamiento profesional, redes de derivación y condiciones de trabajo que reduzcan el aislamiento clínico. En tanto, en los centros de mayor concentración, el desafío consiste en organizar la oferta para que contribuya a la continuidad de los cuidados y al apoyo de las redes regionales.

La brecha tampoco debe interpretarse como la necesidad de contratar un profesional adicional por cada jornada completa equivalente en asistencia faltante. La planificación de recursos humanos en salud mental debe articular la formación, la destinación, las condiciones laborales y la retención con el fortalecimiento de la atención primaria, los centros comunitarios de salud mental, la interconsulta, la supervisión clínica y la telepsiquiatría. Los modelos de atención escalonada y los equipos interdisciplinarios permiten utilizar de manera más pertinente el tiempo especializado y reducir las derivaciones evitables, sin desconocer que existen situaciones clínicas que requieren evaluación y seguimiento por psiquiatría infantil y de

Tabla 1. Oferta asistencial, requerimiento potencial y brecha estimada de psiquiatría infantil y de adolescencia en la red pública.

Región ¹	Oferta asistencial (JCE) ³	Requerimiento potencial (JCE)	Brecha (JCE)	Cobertura (%)
Arica y Parinacota	4	12	8	33
Tarapacá	2	18	16	13
Antofagasta	2	30	28	6
Atacama	4	15	11	25
Coquimbo	14	37	23	38
Valparaíso	20	77	57	26
Metropolitana	68	300	232	23
O'Higgins	9	42	33	20
Maule	11	47	36	24
Ñuble	10	20	10	50
Biobío	46	69	23	66
La Araucanía	26	45	19	58
Los Ríos	6	17	11	34
Los Lagos	16	38	22	43
Aysén	4	5	1	75
Magallanes	6	7	1	83
Total nacional ²	245	776	531	32

JCE: jornada completa equivalente asistencial anual.

¹ Las cifras regionales se presentan redondeadas a la JCE más cercana.

² Los totales se calcularon con valores no redondeados.

³ Una JCE equivale a 44 horas semanales X 45,86 semanas/año X 80% de tiempo asistencial = 1614,3 horas asistenciales anuales.

Datos para cada región de Chile para el año 2025.

Fuente: elaborada por los autores a partir de datos del estudio.

la adolescencia [1,7,10]. De esta manera, ampliar la oferta de especialistas debe acompañarse de una estrategia de red, no sustituirla.

Esta estimación presenta limitaciones importantes. No mide consultas realizadas, demanda expresada, oportunidad, listas de espera, productividad, infraestructura disponible ni capacidad resolutoria de otros profesionales. Las horas contractuales no permiten distinguir con precisión funciones asistenciales y no asistenciales, ausentismo, actividades docentes o de gestión, doble contratación público-privada, ni variaciones dentro de una misma región. Tampoco se incorporó la contribución de psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y otros integrantes de los equipos de salud mental. Además, los parámetros de prevalencia, derivación, frecuencia y duración de las consultas provienen de evidencia disponible y de estándares de planificación, y no de una validación local exhaustiva. Por ello, la brecha debe interpretarse como una señal de magnitud y distribución del problema, y no como una meta rígida de contratación.

La utilidad del ejercicio aumenta si se actualiza periódicamente y se complementa con información de producción, derivaciones, listas de espera ajustadas por población, infraestructura, teleatención y resultados de retención profesional.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a las estimaciones aquí planteadas, en el escenario base, la oferta asistencial disponible cubre 32% del requerimiento estimado. Las regiones de Antofagasta y Tarapacá presentan la menor cobertura proporcional. Además,

al suponer un escenario más conservador de derivación, el desajuste entre oferta asistencial y requerimiento potencial se mantiene relevante.

El mejorar la trazabilidad de las horas contratadas y de las actividades asistenciales permitiría pasar de estimaciones agregadas a una planificación más fina, transparente y territorialmente equitativa de la salud mental infanto-adolescente.

NOTAS

Autoría MJC: conceptualización, recopilación y curaduría de datos, análisis formal, interpretación y redacción del borrador. CR: supervisión metodológica, análisis formal, interpretación, revisión crítica y edición. Ambos autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflictos de intereses Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, institucionales ni personales relacionados con este manuscrito.

Financiamiento Este trabajo no recibió financiamiento específico.

Declaración de uso de modelos de inteligencia artificial Se utilizó ChatGPT (OpenAI) como apoyo para edición lingüística y estructural del manuscrito. El contenido fue revisado, verificado y aprobado en su totalidad por los autores, quienes asumen la responsabilidad final.

Aspectos éticos El trabajo utilizó información secundaria, agregada y sin identificadores personales, y no requirió intervención en seres humanos. Por ello, no requirió revisión por un comité de ética.

Declaración de acceso a datos Los datos agregados, la matriz de cálculo y los supuestos utilizados están disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia. La información individual de contratos no se reproduce en el manuscrito y se resguarda conforme a la normativa aplicable.

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión externa por dos pares revisores, en modalidad de doble anónimo

REFERENCIAS

1. In: World Health Organization, United Nations Children's Fund. Mental health of children and young people: service guidance [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. <https://iris.who.int/handle/10665/376643>
2. Defensoría de la Niñez. In: Estudio de políticas de salud mental: hacia un nuevo modelo de garantías para la salud mental de niños, niñas y adolescentes en Chile [Internet]. Santiago: Defensoría de la Niñez; 2022. https://www.defensorianinez.cl/estud_y_consultas/estudio-de-politicas-publicas-relacionadas-con-la-salud-mental-de-ninos-ninas-y-adolescentes/
3. Ministerio de Salud de Chile. In: Visor de casos en espera: consulta nueva médica, psiquiatría infantil y de la adolescencia [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2025. https://public.tableau.com/app/profile/minsal.qa2/viz/Visor-CNE-Mdica_17442110425110/VisorCasosenEspera-Tiempo
4. In: Superintendencia de Salud de Chile. Registro Nacional de Prestadores Individuales [Internet]. Santiago: Superintendencia de Salud; 2025. <https://rnpi.superdesalud.gob.cl/>
5. Fondo Nacional de Salud. In: Datos abiertos: distribución de beneficiarios por tramo de edad y región [Internet]. Santiago: FONASA; 2024. <https://datosabiertos.fonasa.cl/>
6. In: Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2024: población censada [Internet]. Santiago: INE; 2024. <https://censo2024.ine.gob.cl/>
7. Ministerio de Salud de Chile. In: Modelo de gestión de la red temática de salud mental en la red general de salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2018. https://dipol.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Modelo-de-Gestion-de-la-Red-Tematica-de-Salud-Mental_digital.pdf
8. Flora De La Barra M, Benjamin Vicente P, Sandra Saldivia B, Roberto Melipillán A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012;23: 521–529. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)
9. Rey JM, Martin A, editors. IACAPAP e-textbook of child and adolescent mental health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2018; Available from. <https://iacapap.org/>
10. Ministerio de Salud de Chile. In: Dotación de personal en el Sistema Nacional de Servicios de Salud: brechas por Servicio de Salud y especialidad [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2022. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/01/Dotacion-de-personal-en-el-SNSS-brechas-por-servicio-y-especialidad.pdf>

Gap in child and adolescent psychiatrists in Chile's public health network: estimate of service supply and requirements for 2025



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.