



**Tesina para la obtención del grado de
Magíster en Comunicación Política y Asuntos Públicos
Universidad Adolfo Ibáñez**

La salud mental como problema público: Encuadres en la comunicación política
del Estado chileno (2013–2023)

Alumna: Margarita Rivera Gómez
Profesor Guía: Luis Enrique Santana Padilla

Contenido

I. INTRODUCCIÓN	3
II. MARCO TEÓRICO	5
Teorías generales de la comunicación	5
Comunicación pública, comunicación política y comunicación de gobierno	6
<i>Agenda setting</i> : saliencia temática y prioridad pública	8
<i>Framing</i> (encuadre): definición general y adopción en esta tesina	9
Articulación entre Agenda Setting y Framing	14
Definición de salud mental en Chile (2013–2023) y pautas internacionales	15
Hitos institucionales en salud mental en Chile (2013–2023)	17
Desarrollo del marco normativo en salud mental en Chile	20
Estudios previos y experiencia comparada	24
Experiencia internacional	24
Perspectiva latinoamericana	25
Evidencia y vacíos en el caso chileno	26
III. Método y descripción de datos	28
IV. Resultados	33
V. Discusión y Conclusiones	51
VI. Referencias bibliográficas:	55

Resumen

En la última década, la salud mental pasó de un lugar periférico a un tema central en Chile. En 2024, el Monitor de Servicios de Salud de Ipsos ubica al país en el primer lugar mundial en preocupación por salud mental: 69% la menciona como principal problema sanitario. En la misma medición, 63% identifica el acceso y los tiempos de espera como uno de los mayores problemas del sistema, y 78% afirma que muchas personas no pueden costear una buena atención. Con este telón de fondo, resulta clave observar cómo el Estado presenta la salud mental en sus distintos mensajes oficiales.

Este trabajo, enmarcado en comunicación política, analiza los encuadres (*framing*) utilizados por el Estado de Chile entre 2013 y 2023 en tres tipos de fuentes:

Discursos Presidenciales (Cuentas Públicas), documentos oficiales y campañas del MINSAL. Se aplica análisis de contenido con enfoque mixto: cualitativo para identificar encuadres y cuantitativo para medir su presencia. La referencia teórica principal es Entman (1993), cuyas cuatro funciones guían la codificación: definición del problema, atribución de causas, evaluación y propuesta de solución.

El objetivo general es identificar los encuadres principales sobre salud mental en la comunicación política y revisar su presencia en distintos documentos oficiales del período 2013–2023. El aporte es una caracterización ordenada y comparable por fuente y por gobierno, que facilita futuros estudios y fortalece la claridad y la consistencia de la comunicación institucional. Además, ofrece una base útil para mejorar el diseño de mensajes públicos y alinear campañas, normas y discursos con las necesidades de la ciudadanía.

I. INTRODUCCIÓN

La forma en que las instituciones públicas presentan la salud mental contribuye a organizar el problema, delimitar responsabilidades y orientar criterios de priorización. En Chile, el período 2013–2023 concentra un volumen significativo de mensajes oficiales, discursos presidenciales (Cuentas Públicas), documentos normativos y campañas del Ministerio de Salud, que permite examinar cómo se configuran sentidos según el tipo de fuente y el ciclo gubernamental. Para este análisis se considerarán, entre otros, el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025, la Ley 21.331 y campañas gubernamentales como “SaludableMente”.

Desde la literatura, el framing ofrece herramientas para identificar qué aspectos se problematizan, qué causas se sugieren, qué criterios evaluativos emergen y qué líneas de acción se proponen. En su formulación canónica, Entman (1993) define encuadrar como seleccionar y hacer salientes ciertos aspectos de la realidad para promover: (1) definición del problema, (2) atribución causal, (3) evaluación y (4) propuesta de tratamiento. Además, advierte que la sola presencia de marcos en el texto no garantiza efectos en la audiencia, pues la saliencia resulta de la interacción texto-receptor.

En comunicación política, estos mensajes pueden entenderse como prácticas de gestión de la comunicación por parte de actores estatales y gubernamentales, sin presuponer efectos causales lineales, en el sentido amplio que propone McNair (2011) sobre la mediación política y el manejo de la información en contextos democráticos y de crisis.

Metodología. Se aplica análisis de contenido con enfoque mixto y se operacionalizan las cuatro funciones de encuadre de Entman (1993): definición del problema, atribución causal, evaluación y propuesta de solución. El diseño contempla criterios explícitos de selección y procedimientos de codificación replicables, con contraste por tipo de fuente (discursos presidenciales, documentos institucionales y campañas Ministeriales) y por período gubernamental.

Preguntas de investigación. (i) ¿Qué encuadres utiliza el Estado chileno para presentar la salud mental como problema público entre 2013–2023? (ii) ¿Cómo varían dichos encuadres según tipo de mensaje y ciclo gubernamental?

II. MARCO TEÓRICO

Teorías generales de la comunicación

Las aproximaciones clásicas concibieron la comunicación como transmisión de información entre un emisor y un receptor. En ese marco, Roman Jakobson propuso que el mensaje funciona mediante seis funciones del lenguaje, referencial, emotiva, conativa, fática, metalingüística y poética, que se activan según la finalidad y el contexto (Jakobson, 1960). Esta arquitectura es útil para leer comunicaciones institucionales: por ejemplo, un decreto o un comunicado ministerial suele privilegiar la función referencial (datos, definiciones, cifras), mientras que campañas públicas que buscan adhesión enfatizan la función conativa (llamado a la acción) y la fática (mantener el contacto con públicos diversos). En suma, la teoría de Jakobson ofrece un “tablero de control” para observar qué función domina en un mensaje estatal y, con ello, qué efectos de sentido busca priorizar. (Jakobson, 1960).

Con el llamado giro cultural, James W. Carey reubicó la comunicación desde lo instrumental hacia lo simbólico-ritual: comunicar no es solo mover datos de A a B, sino producir y compartir significados que sostienen el orden social (Carey, 2009/1989). Mirado así, un mensaje oficial deja de ser un “documento técnico” para pensarse como una práctica cultural que instituye lo público: define qué problemas importan, qué valores se legitiman y qué conductas se consideran apropiadas. Para una tesina sobre salud mental, esta perspectiva permite analizar si las instituciones reiteran ciertos significados (por ejemplo, bienestar como productividad individual) o si amplían el repertorio simbólico (cuidado comunitario, derechos, inclusión). (Carey, 2009).

John B. Thompson añadió que los medios modernos reconfiguran tiempo y espacio al favorecer formas de cuasi-interacción mediada: mensajes que circulan sin copresencia y que se recontextualizan en trayectorias múltiples (Thompson, 1995). Para las comunicaciones estatales, esto implica que un mismo texto, una pauta de prensa, un hilo en redes o un spot televisivo, puede adquirir valencias distintas según dónde y cómo circule: un anuncio técnico puede volverse polémico al ser

recortado en redes; una consigna empática puede traducirse en cobertura noticiosa que enfatiza conflicto. Esta desanclación obliga a considerar no solo el contenido, sino también la trama de circulación (plataformas, intermediarios, públicos) que moldea su recepción. (Thompson, 1995).

A su vez, en la sociedad en red, Manuel Castells sostiene que el poder depende de programar (definir objetivos y códigos) y conectar (articular nodos y flujos) dentro de redes de comunicación (Castells, 2009). En términos prácticos, esto significa que quien logra establecer agendas y construir marcos (frames) que otros actores retoman, ocupa posiciones de influencia. Para el Estado, el patrocinio de ciertos encuadres, por ejemplo, presentar la salud mental como derecho social o como asunto de productividad, puede leerse como intento de ordenar flujos en competencia (medios, plataformas, organizaciones civiles, comunidades terapéuticas). Así, el análisis no solo revisa qué dice el mensaje, sino cómo se inserta en la red: con quién dialoga, a quién desplaza y qué alianzas simbólicas activa. (Castells, 2009).

En esta línea, Innerarity (2020) propone que la democracia contemporánea debe pensarse como compleja, porque las decisiones públicas se toman bajo incertidumbre, interdependencias y temporalidades desfasadas. Esto afecta directamente la comunicación gubernamental: no basta con “informar” o “alinear” mensajes, sino gestionar expectativas, riesgos y conflictos de interpretación en redes abiertas y cambiantes. Para políticas como la salud mental, donde convergen evidencias científicas, experiencias de usuarios y debates normativos, esta mirada invita a evaluar los mensajes oficiales no solo por su claridad técnica, sino por su capacidad de coordinar actores, anticipar efectos no previstos y sostener legitimidad en el tiempo (Innerarity, 2020).

Comunicación pública, comunicación política y comunicación de gobierno

En democracias complejas, la comunicación pública fija el umbral de legitimidad de la acción estatal: razones accesibles, fuentes trazables y criterios verificables de decisión ante audiencias plurales (Innerarity, 2020; Carey, 2009). No se trata solo

de transmitir datos, sino de sostener prácticas discursivas que hagan inteligibles los propósitos, los riesgos y las salvaguardas de la intervención pública. Bajo esta premisa, los mensajes oficiales no son boletines neutrales, sino intervenciones normativas que construyen expectativas y habilitan formas de exigibilidad ciudadana (Carey, 2009; Innerarity, 2020).

La comunicación política, a su vez, describe la disputa por el sentido de los asuntos colectivos. En sociedades en red, el poder comunicativo depende menos del volumen de emisión que de la capacidad de programar códigos y conectar nodos para estabilizar interpretaciones en circuitos no lineales (Castells, 2009). La visibilidad funciona como un recurso de poder: lo que se vuelve persistente en medios y plataformas tiende a organizar agendas, problematizaciones y soluciones posibles. Por ello, los mensajes estatales compiten con medios, organizaciones y comunidades por definir qué cuenta como problema, a qué causas se atribuye y con qué métricas debe juzgarse.

La comunicación de gobierno nombra la práctica institucional y profesional mediante la cual el Poder Ejecutivo informa, explica y justifica su acción, orienta conductas y coordina servicios bajo reglas jurídico-administrativas (Canel & Sanders, 2013). Se distingue de la comunicación partidaria por su destinatario universal (la ciudadanía) y por deberes reforzados de inteligibilidad, soporte normativo y rendición de cuentas. La frontera práctica con lo partidario se ubica menos en el estilo que en el propósito (garantía de derechos y servicios, no movilización electoral) y en la base legal/técnica que respalda cada afirmación (Canel & Sanders, 2013).

En contextos mediatizados, el análisis debe considerar no solo qué se comunica, sino cómo circula. La modernidad mediática produce formas de cuasi-interacción y recontextualización que alteran la recepción: fragmentos, titulares y paratextos reencuadran piezas originalmente diseñadas para otros soportes (Thompson, 1995). De allí que la eficacia comunicativa dependa de las trayectorias de

circulación, los intermediarios y las apropiaciones que realizan públicos y contravocerías (Thompson, 1995; Castells, 2009).

A partir de estas distinciones, esta tesina se inscribe en el campo de la comunicación política. Examina cómo el Estado, a través de su comunicación de gobierno, disputa significado sobre la salud mental en el espacio público: qué problemas define, qué causalidades legitima, con qué criterios valora y qué cursos de acción habilita; cómo programa y conecta interpretaciones en redes; y de qué modo esas piezas, como prácticas culturales, instituyen legitimidad bajo condiciones de complejidad e incertidumbre (Carey, 2009; Castells, 2009; Canel & Sanders, 2013; Entman, 1993; Innerarity, 2020; Thompson, 1995).

Agenda setting: saliencia temática y prioridad pública

La teoría de agenda setting sostiene que los medios de comunicación influyen sobre qué piensa el público al seleccionar y jerarquizar asuntos; no indican qué pensar, sino acerca de qué pensar (McCombs & Shaw, 1972). En comunicación gubernamental, llevar un tema al primer plano por medio de discursos, campañas o documentos programáticos constituye una intervención simbólica orientada a ordenar la atención social y señalar prioridad (McCombs, 2004). En este trabajo se adopta la acepción estricta de la teoría, saliencia temática, para describir el lugar de la salud mental en el discurso estatal chileno 2013–2023 (McCombs, 2004).

La saliencia temática se observa mediante recursos editoriales y formales: posición (apertura, encabezados, lead), frecuencia de menciones y extensión/tiempo dedicado al tema; estos son indicadores estándar del primer nivel de agenda (McCombs, 2004). En el ámbito gubernamental, la visibilidad suele reforzarse con marcadores de prioridad, como la inclusión del tema en Cuentas Públicas, planes sectoriales o balances de gestión, y con elementos retóricos que facilitan su recordación (eslóganes, piezas visuales), en coherencia con la lógica de saliencia y jerarquización que describe la teoría (McCombs, 2004).

La literatura identifica condiciones que aumentan la sensibilidad a las señales públicas, especialmente la necesidad de orientación: cuando un asunto combina alto interés con alta incertidumbre, crece la demanda de guías que reduzcan la ambigüedad (McCombs & Weaver, 1973). En contextos de reformas o contingencias sanitarias, esta necesidad se intensifica, elevando el valor de la visibilidad sin que ello implique, por sí mismo, afirmar cambios de opinión (McCombs & Weaver, 1973).

Finalmente, la co-influencia entre agenda mediática, agenda política y agenda pública constituye el trasfondo temporal de la priorización, donde los medios juegan un rol nodal en la transferencia de saliencia hacia la ciudadanía (Dearing & Rogers, 1996; McCombs, 2004). Este capítulo, sin embargo, mantiene un foco descriptivo acotado al primer nivel.

Los desarrollos posteriores ampliaron la agenda setting más allá de la saliencia temática. El segundo nivel examina la saliencia de atributos, sustantivos y afectivos, que predisponen modos de consideración del asunto (McCombs, 2004; Weaver, 2007). El tercer nivel (network agenda setting) analiza relaciones entre temas, actores y valores, mostrando la agenda como arquitectura de asociaciones y no solo como lista ordenada (Guo & McCombs, 2013).

Reconociendo estos avances, que aportan claves sobre cómo pensar (niveles 2 y 3), además de sobre qué pensar (nivel 1), este trabajo delimita su alcance a la saliencia temática como insumo estrictamente descriptivo para 2013–2023 (McCombs & Shaw, 1972; McCombs, 2004).

***Framing* (encuadre): definición general y adopción en esta tesina**

El encuadre (frame) se ha consolidado como un pilar de análisis en ciencias sociales y de la comunicación porque ayuda a explicar cómo las personas organizan y dan sentido a lo que ocurre a su alrededor. En términos generales, un frame es un esquema interpretativo que estructura la experiencia y orienta el procesamiento de

la información. En su formulación clásica, Goffman (1974/2006) define los encuadres como principios de organización que permiten localizar, etiquetar y relacionar los sucesos dentro de estructuras de significado compartido; no son simples rótulos, sino patrones que ordenan la situación y guían la participación de los actores. Funcionalmente, operan como lentes selectivas: vuelven salientes ciertos aspectos de la realidad y dejan otros en sombra, configurando marcos de interpretación relativamente estables en contextos históricos y culturales específicos (Reese, 2007; Van Gorp, 2007).

Este enfoque se apoya en el antecedente psico-antropológico de Bateson (1955/1972), quien introduce el frame como marco metacomunicativo: un límite contextual que indica cómo deben interpretarse mensajes y acciones (“esto es juego”, “esto es broma”, “esto es serio”). El frame, así entendido, no añade contenido al mensaje; instruye su lectura. De ahí su doble efecto incluyente/excluyente: al delimitar qué cuenta como pertinente, incluye ciertos elementos y excluye otros de la definición de la situación. En la práctica comunicativa, estas instrucciones de lectura se señalan con recursos como el titular, el tono, las advertencias iniciales o el contexto institucional, que preparan al receptor para una interpretación determinada (Pan & Kosicki, 1993; Tankard, 2001).

En comunicación política, la formulación de Entman (1993) es el referente para estudiar cómo los mensajes públicos organizan la interpretación de asuntos colectivos. Su aporte es definir el encuadre como un proceso de selección y saliencia: al construir un mensaje, se eligen ciertas facetas de la realidad y se las vuelve más notorias que otras, orientando la lectura hacia una interpretación preferente. Esta definición, a la vez parca y operativa, permite traducir la noción amplia de “marco interpretativo” en un esquema analítico aplicable a piezas concretas de comunicación gubernamental, legislativa o de campaña.

La propuesta se organiza en cuatro funciones co-presentes (que pueden aparecer en un mismo párrafo o distribuidas en el texto):

- Definición del problema: el mensaje delimita “de qué se trata” y por qué importa; no es trivial, porque nombrar un fenómeno como “crisis”, “brecha” o “derecho” orienta, desde el inicio, horizontes distintos de sentido.
- Atribución causal: se adjudica responsabilidad (individual, institucional o estructural) y se fijan, con ello, expectativas de corrección.
- Evaluación: se establecen criterios (técnicos, jurídicos, éticos o de gestión) para valorar el estado de cosas o la actuación de los actores.
- Propuesta de tratamiento: se legitiman cursos de acción (programas, leyes, instrumentos) coherentes con la definición del problema y sus causas.

Estas funciones no son etapas secuenciales, sino dimensiones que, en conjunto, componen la “gramática” del encuadre: problema—causa—juicio—solución.

La noción de saliencia conecta el plano conceptual con el análisis textual. Un elemento es saliente cuando el mensaje lo hace más accesible y relevante para la audiencia (Entman, 1993). Esa prominencia se produce mediante operaciones materiales del discurso: posición (título, lead, primer párrafo), reiteración y etiquetado léxico, anclajes en cifras y normas (estadísticas, metas, leyes), citas de autoridad (Presidencia, ministerios, expertos) y recursos retóricos como metáforas e imágenes que conectan con repertorios culturales compartidos (Tankard, 2001; Van Gorp, 2007). Su eficacia se entiende mejor si consideramos la economía cognitiva del receptor: los encuadres activan heurísticos, en especial, el de disponibilidad, que facilitan inferencias rápidas sin exigir elaboraciones extensas (Tversky & Kahneman, 1973). Por eso, el encuadre no es un adorno estilístico: es un mecanismo de orientación del juicio.

El valor de Entman es también metodológico. Su “rejilla” permite mapear la huella del encuadre en discursos presidenciales (Cuentas Públicas), documentos normativos y campañas ministeriales: ¿qué se declara problema?, ¿a qué se atribuye?, ¿con qué criterios se evalúa?, ¿qué cursos de acción se legitiman? Además, facilita comparar variaciones temporales (cambios de gobierno o coyuntura) y entre textos (prensa, spots, infografías, mensajes en redes) con un mismo eje analítico. Asimismo, ayuda a distinguir encuadre de agenda

(prioridad/visibilidad) y priming (criterios con los que se juzga): mientras la agenda indica de qué se habla y el priming con qué vara se evalúa, el encuadre explica cómo el mensaje organiza sentido para conectar problema, causa, juicio y tratamiento (Scheufele, 1999).

Aplicada a la salud mental en Chile (2013–2023), la rejilla de Entman permite observar si la salud mental se define como derecho o como riesgo, si las causas se ubican en déficits institucionales o conductas individuales, si la evaluación se apoya en criterios técnicos (evidencia, protocolos) o éticos (dignidad, no discriminación), y si los tratamientos priorizan instrumentos universales (leyes, garantías, cobertura en APS) o focalizados (líneas de ayuda, programas juveniles). Este análisis muestra qué dice el Estado y cómo legitima ciertos cursos de acción y desplaza otros, con posibles efectos en la formación de agendas y en la recepción ciudadana.

Como toda herramienta potente, el enfoque tiene alcances y límites. Su fuerza comparativa depende de una codificación consistente de las cuatro funciones y de criterios claros de saliencia (posición, repetición, evidencia, autoridad, metáforas). A la vez, conviene situar los encuadres en su ecosistema cultural: paquetes narrativos y metáforas dominantes condicionan qué interpretaciones resultan más disponibles (Van Gorp, 2007), y la competencia de marcos en la esfera pública puede modular sus efectos (Chong & Druckman, 2007). Con estas salvedades, la propuesta de Entman sigue siendo el estándar para describir y comparar cómo la comunicación política construye sentido sobre asuntos públicos.

Dos tradiciones que se complementan:

Tradición sociocomunicacional (el encuadre en el mensaje).

Entiende el encuadre como algo que se construye al redactar y producir un mensaje. El marco aparece en cómo se cuenta: palabras elegidas, orden del texto, fuentes citadas, cifras, metáforas e imágenes. Con esas decisiones, el mensaje vuelve

legible un problema para el público (Goffman, 1974/2006; Entman, 1993; Reese, 2007; Van Gorp, 2007).

Idea clave: el frame está en el texto y en las rutinas de producción.

Ejemplo breve: no es lo mismo titular “Crisis en salud mental” que “Derecho a la salud mental”: cambia el foco y lo que se espera del Estado.

Tradición cognitiva (el encuadre en la mente).

Define los encuadres como esquemas mentales que usamos para juzgar y decidir.

Se estudia con experimentos y encuestas, observando dos efectos:

- Issue framing (de énfasis): se resaltan aspectos distintos de un mismo tema (p. ej., causas sociales vs. individuales).
- Equivalence framing (de equivalencia): se formula lo mismo de otra manera y cambia la decisión (p. ej., “90% se recupera” vs. “10% no se recupera”).

Estos efectos dependen de cómo procesa la gente la información (Kahneman & Tversky, 1984; Chong & Druckman, 2007).

Idea clave: el frame actúa como atajo mental que guía la interpretación.

Criterio del estudio:

En este trabajo se adoptará la tradición sociocomunicacional, pues el foco se sitúa en cómo el Estado chileno construye públicamente la salud mental a través de sus mensajes oficiales. La perspectiva cognitiva se considerará como marco de referencia para comprender posibles efectos, pero el análisis se concentrará en describir con precisión cómo se encuadra el problema en textos y campañas institucionales.

Para ello, se aplicará la rejilla de Entman (1993), codificando en cada pieza: (1) definición del problema, (2) atribución causal, (3) evaluación moral y (4) propuesta de tratamiento/solución. El objetivo es caracterizar cómo los textos oficiales del

período 2013–2023 construyen sentido; por tanto, no se medirán efectos en el público.

En la codificación se pondrá especial atención a elementos de jerarquización y énfasis, tales como título y lead, repetición de términos, referencias a leyes o cifras, y la voz autorizada que enuncia el mensaje (por ejemplo, autoridades políticas, equipos técnicos o expertos).

Así, mientras la agenda (nivel 1) indica sobre qué se habla, visibilidad y prioridad, el encuadre muestra cómo se organiza el sentido de ese asunto en los mensajes oficiales. A continuación, se articula ambas perspectivas como un continuo: la agenda abre la ventana y el encuadre aporta la clave interpretativa para el análisis 2013–2023.

Articulación entre Agenda Setting y Framing

Las teorías de la agenda setting y del framing comparten el interés por los efectos simbólicos de la comunicación pública, pero operan en planos distintos. La agenda describe qué asuntos logran visibilidad y prioridad en el debate, esto es, cómo medios y actores institucionales seleccionan y jerarquizan problemas (McCombs & Shaw, 1972; McCombs, 2004). El encuadre explica cómo se interpreta aquello que ya obtuvo visibilidad: mediante la salientización de rasgos que definen el problema, atribuyen causas, evalúan la situación o la respuesta institucional y legitiman cursos de acción (Entman, 1993; Iyengar, 1991).

Lejos de ser enfoques excluyentes, ambas perspectivas forman un continuo de producción de significado (D'Angelo, 2002; Scheufele, 1999). Funcionalmente, la agenda abre la ventana (selección y jerarquización) y el encuadre aporta la clave interpretativa que organiza el sentido público del asunto. Esta articulación permite seguir los flujos de influencia entre gobiernos, medios y ciudadanía, donde el poder se ejerce tanto al decidir la relevancia de un tema como al fijar su significado (Weaver, 2007).

La relación es bidireccional. Una alta prominencia puede consolidar un marco dominante por aumento de exposición y familiaridad del relato; a la inversa, un encuadre consistente, alineado con repertorios culturales y respaldado por evidencia o autoridad, puede impulsar la prominencia del asunto y sostenerlo en la agenda (Aruguete, 2015; Weaver, 2007; Gamson & Modigliani, 1989).

En la práctica, la frontera entre “qué” y “cómo” no siempre es nítida. La agenda posee un segundo nivel, la saliencia de atributos, que aproxima su lógica a la del encuadre al destacar rasgos del tema (McCombs & Evatt, 1995; Weaver, 2007). Mantener la distinción sigue siendo útil: la agenda se ocupa de la presencia y prioridad de asuntos y atributos; el encuadre se centra en la organización semántica que integra definición, causalidad, evaluación y tratamiento en un mismo mensaje (Entman, 1993). En términos operativos, la tipología de marcos genéricos, conflicto, responsabilidad, interés humano, consecuencias económicas y moralidad funciona como puente entre visibilidad y sentido (Semetko & Valkenburg, 2000; de Vreese, 2005). Además, se ha mostrado que estos marcos genéricos estructuran comportamientos de difusión en entornos digitales (p. ej., compartir noticias), lo que refuerza su valor analítico como repertorios transversales del debate público (Valenzuela, Piña, & Ramírez, 2017).

En esta tesina, la articulación agenda–encuadre es central: interesa cuándo la salud mental ingresa y se sostiene en el discurso estatal y cómo se representa; es decir, qué se define como problema, a qué se adjudican causas, con qué criterios se evalúa y qué soluciones se legitiman en la comunicación política del Estado chileno (2013–2023).

Definición de salud mental en Chile (2013–2023) y pautas internacionales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas afrontar el estrés, desarrollar sus capacidades, aprender y trabajar bien y contribuir a su comunidad. No se trata solo de “no tener trastornos”, sino de funcionar y participar en la vida cotidiana con

autonomía y sentido. Esta idea se apoya en la noción de salud como bienestar integral del preámbulo de la OMS y, durante 2013–2023, operó como estándar global: orienta el lenguaje (bienestar, capacidades), el foco (personas y contextos) y la expectativa de que los Estados generen entornos que favorezcan ese bienestar (educación, trabajo decente, redes de apoyo, espacios libres de estigma).

En el plano regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) adopta la definición OMS y la traduce a líneas de acción para las Américas. Su política reciente insiste en cuatro rasgos que marcan el tono: (1) derechos humanos como base del trato y de la organización de servicios; (2) modelo comunitario y APS, con redes territoriales en lugar de una atención centrada en hospitales cerrados; (3) intersectorialidad, porque la salud mental depende también de vivienda, educación, seguridad social y cultura; y (4) decisiones con datos, para planificar y evaluar. La OPS, así, no redefine el concepto: consolida un marco práctico y un vocabulario común para la región.

En el sistema de Naciones Unidas, la salud mental se encuadra como derecho dentro del derecho a la salud: toda persona tiene derecho al máximo nivel posible de salud física y mental. El aporte aquí es normativo: reglas y principios (no discriminación, acceso, calidad, consentimiento informado) que protegen a las personas en los servicios. La OCDE no formula una definición distinta; subraya que la salud mental es clave para el bienestar y el desempeño social y económico, y promueve indicadores comparables para orientar políticas. UNICEF mantiene el mismo marco conceptual, pero lo adapta a niñez y adolescencia, con énfasis en entornos protectores, escuela y familia. Ninguna de estas organizaciones introduce una definición alternativa; todas convergen con la OMS.

En Chile, el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 adopta explícitamente la definición OMS y la ordena en cuatro ejes: gobernanza (responsabilidades claras y financiamiento), servicios integrados y comunitarios (con foco en Atención Primaria y redes locales), promoción y prevención (alfabetización, reducción del estigma,

entornos saludables) e información/evidencia (registros, indicadores, evaluación). La Ley N.º 21.331 (2021) no redefine “salud mental”; asegura derechos en la atención (trato digno, confidencialidad, participación en decisiones) y fija deberes a prestadores y autoridad. En conjunto, política y ley consolidan una concepción de bienestar y derechos, coherente con el estándar internacional.

A la hora de revisar discursos, campañas y documentos oficiales (2013–2023), estas definiciones funcionan como lentes:

- Cómo se nombra el problema: ¿se habla de bienestar y derechos, o de enfermedad, riesgo y conducta individual?
- De qué se dice que depende: ¿se mencionan servicios comunitarios, APS, intersector y entornos, o solo hábitos personales?
- Con qué criterios se evalúa: ¿aparecen evidencia y protocolos, principios jurídicos (dignidad, no discriminación) y consideraciones éticas?
- Qué soluciones se legitiman: ¿se priorizan garantías, cobertura, redes comunitarias y prevención, o medidas puntuales centradas en el individuo?

Con estas preguntas se describirá cómo el Estado chileno encuadra la salud mental en sus mensajes, sin medir efectos en la ciudadanía.

Hitos institucionales en salud mental en Chile (2013–2023)

Entre 2013 y 2023 se observa en Chile un trayecto que combina normalización técnica, planificación nacional, ampliación de coberturas, creación de dispositivos de información y acceso (incluida la respuesta en crisis) y consolidación jurídica de derechos. Este recorrido muestra qué instrumentos definieron objetivos, responsabilidades y vías de acceso, y cómo se difundieron a la ciudadanía mediante campañas y servicios.

En ese marco, a continuación se describen los hitos institucionales más relevantes del período 2013–2023, con énfasis en aquellos que fijan lineamientos, amplían

coberturas y estructuran las vías de acceso a la atención, ya que constituyen el trasfondo normativo y programático de la comunicación pública analizada.

2013 — Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS):

El MINSAL publica la Guía de Práctica Clínica para Depresión en personas de 15 años y más, que estandariza pesquiasaje, manejo y seguimiento con rol central de la APS; en 2017 se publica una actualización en psicoterapia que complementa la guía 2013, sin reemplazarla. En paralelo, se oficializa el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) y sus Orientaciones para la implementación, que fijan componentes, actores y niveles para su despliegue nacional (se cita también la mención oficial a la Norma General Administrativa N.º 027).

2015 — Orientaciones técnicas para equipos APS:

Se difunden Orientaciones de Salud Mental para equipos de APS (flujos de atención, registros, consultorías y trabajo en red) que refuerzan la puerta de entrada comunitaria y la coordinación entre niveles. En años posteriores se emiten documentos de continuidad y mejora (p. ej., Orientaciones técnico-administrativas APS 2018).

2017 — Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025:

Instrumento rector del MINSAL que fija la hoja de ruta para fortalecer un modelo de salud mental comunitario e integrado en la red, priorizando promoción y prevención, continuidad de cuidados, enfoque de derechos y reducción de brechas de acceso (incluida la incorporación/fortalecimiento de servicios en atención primaria y articulación intersectorial).

2019 — Demencias se incorporan a GES:

El Decreto Supremo N.º 22 (2019) incorpora Alzheimer y otras demencias al régimen GES (acceso, oportunidad y protección financiera); posteriormente se publican las Orientaciones Técnicas para su implementación (primera versión 2022,

revisión 2023), precisando rutas diagnósticas/terapéuticas y la articulación APS–especialidad.

2020 — Respuesta en pandemia: “SaludableMente”:

El Ejecutivo lanza SaludableMente, estrategia intersectorial con plataforma pública que integra material psicoeducativo, orientación y vías de contacto con la red sanitaria (Hospital Digital / Salud Responde). Marca un punto de inflexión en comunicación gubernamental en crisis y en la oferta remota de apoyo.

2021 — Derechos y garantías: Ley N.º 21.331:

Se promulga la ley que reconoce y protege derechos en la atención de salud mental (principios y deberes para prestadores y autoridad). La norma no redefine “salud mental”, pero refuerza la exigibilidad del marco conceptual adoptado por la política pública; el MINSAL publica guías legales y materiales de apoyo a su implementación.

2022–2023 — Hacia “Construyendo Salud Mental”:

Durante 2022–2023 se consolida una línea programática de promoción, prevención y cuidado comunitario que luego se sistematiza en el documento Construyendo Salud Mental (2024), continuidad del Plan 2017–2025 y ordenamiento de materiales oficiales de referencia pública.

2023 — Línea telefónica 4141 “No estás solo, no estás sola”:

Se implementa el servicio 24/7 integrado a Salud Digital para prevención del suicidio, primeros auxilios psicológicos y derivación a la red asistencial; su despliegue y difusión se realizan por canales oficiales del Gobierno de Chile.

En conjunto, los hitos 2013–2023 muestran una trayectoria coherente: primero la normalización técnica en APS y prevención (2013–2015), luego la planificación estratégica con el PNSM 2017–2025, más tarde la ampliación de garantías (GES demencias, 2019) y, ante la pandemia, la respuesta comunicacional y de acceso

remoto (SaludableMente, 2020). El período culmina con la consolidación jurídica de derechos (Ley 21.331, 2021) y la organización programática de promoción y cuidados comunitarios (línea 2022–2023), junto con un dispositivo 24/7 de atención en crisis (4141). Este recorrido instala un vocabulario común; bienestar, acceso, comunidad, derechos, que enmarca la comunicación estatal sobre salud mental.

A partir de estos hitos, el análisis de encuadres describirá cómo los mensajes oficiales presentan la salud mental: qué problema formulan, a qué causas aluden, con qué criterios evalúan y qué soluciones legitiman. En la metodología, estas dimensiones se observarán en títulos/encabezados, reiteraciones y referencias a leyes, garantías, APS y redes comunitarias.

Desarrollo del marco normativo en salud mental en Chile

Hablar de salud mental en Chile implica observar qué significados adopta el Estado, cómo prioriza el tema y cómo lo comunica; cada hito normativo no solo reordena instituciones o prestaciones, también redefine marcos culturales y políticos desde los que se comprende el sufrimiento psíquico, la responsabilidad pública y el rol ciudadano (OPS, 1990; OMS, 2001; MINSAL, 2017). Esta evolución se entrelaza con transformaciones del sistema sanitario, influencias internacionales, en especial la Declaración de Caracas de 1990, y cambios en las concepciones de bienestar, derechos y desarrollo humano (OPS, 1990; OMS, 2001).

- Modelo asistencial y psiquiátrico (siglo XX–1990)

Durante gran parte del siglo XX predominó un abordaje hospitalario/biologicista con alta institucionalización y centralidad de hospitales psiquiátricos, patrón que la región revisó críticamente en los 90 (Minoletti & Zaccaria, 2005; OPS, 1990). La Declaración de Caracas exigió reestructurar la atención hacia servicios comunitarios, integrados a la APS y con enfoque de derechos humanos (OPS, 1990). La OMS reforzó ese giro al llamar a sustituir los grandes hospitales por redes integradas y a incorporar salud mental en la atención primaria (OMS, 2001). En

suma, el estándar internacional de la época empujó a superar el modelo asilar y avanzar hacia la desinstitucionalización (OPS, 1990; OMS, 2001).

- Transición hacia la atención comunitaria (1990–2010)

Con el retorno a la democracia y bajo el influjo de Caracas, Chile formalizó el cambio con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000/2001, que instaló el modelo comunitario, la intersectorialidad y la orientación a derechos como pilares de política (MINSAL, 2001). La Estrategia Nacional de Salud 2011–2020 integró metas de salud mental dentro de los objetivos sanitarios sectoriales, consolidando su prioridad programática (MINSAL, 2011). Evaluaciones WHO-AIMS documentaron avances en integración a la red general (p. ej., expansión de dispositivos vinculados a APS) y, a la vez, brechas persistentes en financiamiento y recursos humanos especializados (MINSAL/OMS, 2014). En comunicación pública, el Estado comenzó a incorporar lenguaje de ciudadanía y derechos, coherente con la Ley 20.584 que reguló derechos y deberes en la atención (BCN, 2012). Además, la incorporación de problemas de salud mental en el GES (depresión ≥ 15 años, trastorno bipolar ≥ 15 años, esquizofrenia, consumo perjudicial/dependencia de alcohol y drogas en < 20 años y Alzheimer/demencias) aseguró garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (Superintendencia de Salud, 2024; DIPRECE, 2024).

- Institucionalización y políticas contemporáneas (2010–2023)

El Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 actualiza la definición institucional (bienestar, capacidades, afrontamiento y participación social) y ordena siete ejes: gobernanza, servicios, financiamiento, calidad, información e investigación, RR. HH. e intersector (MINSAL, 2017; BCN-ATP, 2024). La Ley N.º 21.331/2021 reconoce y protege derechos en la atención de salud mental—no discriminación, libertad personal, integridad, inclusión social y laboral—y mandata deberes a prestadores y autoridades (BCN, 2021; MINSAL, 2022). La implementación normativa específica de hospitalización (reglamento) ocurrió posteriormente al período analizado, el 3 de octubre de 2025, mediante Decreto N.º 9/2024 publicado el 3 de octubre de 2025 en el Diario Oficial, que operacionaliza la hospitalización voluntaria e involuntaria

bajo la Ley 21.331 (Diario Oficial, 2025; BCN, 2025); se cita solo como hito extemporáneo para contextualizar continuidad regulatoria.

- Financiamiento y capacidades (tensiones persistentes)

Pese al avance normativo, el financiamiento público en salud mental se ha mantenido históricamente bajo: 2,16% del presupuesto público de salud en 2012 (meta del 5% no alcanzada) según WHO-AIMS (MINSAL/OMS, 2014); estimaciones recientes ubican el gasto total de salud mental en torno a 2,4% del gasto total en salud en 2021 (DIPRES, 2022), por debajo de referencias internacionales para países de ingreso medio (OPS, s. f.). Estas restricciones inciden en la expansión de servicios comunitarios, tiempos de espera y dotación en APS, lo que la política reconoce como brecha a corregir (MINSAL, 2017).

Chile: institucionalización del problema y sus tensiones

La institucionalización de la salud mental en Chile es un proceso de larga duración en el que el Estado ha intentado integrar progresivamente este campo en sus prioridades sanitarias y sociales. El avance, sin embargo, no ha sido lineal: está atravesado por tensiones entre discursos de derechos y prácticas administrativas, entre la retórica del bienestar y las limitaciones estructurales del sistema público.

En perspectiva histórica, la consolidación de políticas, planes y leyes buscó dotar de marco normativo, visibilidad y legitimidad a la salud mental. No obstante, emerge una paradoja: mientras el lenguaje político adopta la gramática de los derechos humanos, la gestión cotidiana continúa operando con lógicas de eficiencia, focalización y control presupuestario (Alvarado & Labra, 2014; Baeza, 2023). Esta dualidad expresa lo que Fraser (2000) denomina “reconocimiento sin transformación”: inclusión simbólica de nuevos temas sin un cambio sustantivo de las estructuras institucionales.

Desde la mirada comunicacional, la institucionalización también es una puesta en escena política: planes nacionales, campañas ministeriales y declaraciones

presidenciales funcionan como dispositivos de legitimación. La comunicación estatal no solo informa políticas, sino que produce realidad pública al nombrar, visibilizar y jerarquizar unos problemas por sobre otros.

Durante la última década, la visibilidad de la salud mental se ha intensificado. La Ley 21.331 (2021), junto con la Estrategia/Plan Nacional 2017–2025 y la institucionalización de conmemoraciones y campañas específicas, son evidencia de este reconocimiento. Su impacto, sin embargo, depende de la capacidad comunicacional del Estado para traducir principios normativos en mensajes claros, comprensibles y sostenidos en el tiempo.

Tensiones estructurales que modelan el encuadre público

1) Enfoque biomédico vs. enfoque comunitario:

Aunque las políticas recientes promueven atención integral y cuidado comunitario, muchas representaciones institucionales siguen centradas en la enfermedad, el tratamiento y la carencia, antes que en bienestar, promoción y prevención. El resultado es un imaginario que individualiza el problema y subestima determinantes sociales.

2) Discurso de derechos vs. restricciones de gestión:

La consagración normativa del derecho a la salud mental convive con restricciones presupuestarias, déficits de coordinación intersectorial y comunicación intermitente. Cuando el lenguaje de derechos no se acompaña de políticas sostenidas y recursos, surgen expectativas no correspondidas y riesgos de erosión de la credibilidad pública (Alvarado & Labra, 2014; Baeza, 2023).

3) Empatía institucional vs. instrumentalización política:

El aumento de visibilidad convierte la salud mental en un recurso de legitimación simbólica. Su presencia en discursos presidenciales y campañas puede responder

tanto a sensibilización como a estrategias de proximidad, donde la empatía deviene capital político (Waisbord, 2014; Innerarity, 2020).

En conjunto, estas tensiones muestran que la institucionalización de la salud mental no es solo normativa: es también un fenómeno comunicacional y político. El Estado construye legitimidad al hablar de salud mental, pero esa legitimidad se sostiene en la medida en que los discursos se correspondan con prácticas efectivas de inclusión, participación y cuidado.

En consecuencia, el proceso debe entenderse como campo de disputa simbólica, donde ministerios, autoridades, medios, organizaciones sociales y ciudadanía compiten por definir qué significa “salud mental” y quién tiene autoridad para hablar en su nombre. La comunicación pública estatal se vuelve, así, un observatorio privilegiado para analizar cómo el poder político en Chile configura y legitima los sentidos colectivos del bienestar mental.

Esta lectura crítica prepara el tránsito hacia el análisis empírico de la tesina, centrado en identificar los encuadres utilizados por el Estado chileno (2013–2023) para representar la salud mental, sus causas y sus soluciones posibles.

Estudios previos y experiencia comparada

El estudio de la comunicación en salud mental ha cobrado relevancia por su influencia en percepciones sociales, estigma y conductas de búsqueda de ayuda; las revisiones muestran que el estigma afecta el acceso y que las intervenciones comunicacionales bien diseñadas pueden mitigarlo (Corrigan & Watson, 2002; Thornicroft et al., 2016).

Experiencia internacional

¿Qué funciona? La evidencia comparada destaca dos componentes con mejores resultados: (a) educación basada en evidencia (mejora conocimiento y creencias de ayuda) y (b) contacto social estructurado (encuentros seguros y guiados con

personas con experiencia vivida), especialmente cuando las exposiciones son repetidas y se sostienen en el tiempo (Thornicroft et al., 2016; Thornicroft et al., 2022).

Programas emblemáticos: En Inglaterra, Time to Change reportó mejoras sostenidas (2008–2019) en conocimiento, actitudes y deseo de distancia social a nivel poblacional, aunque con heterogeneidad por subgrupos (Henderson et al., 2020). En Canadá, Opening Minds combinó líneas de acción por públicos objetivo (jóvenes, medios, lugares de trabajo, clínicos) con evaluación continua de resultados y aprendizajes (Stuart, 2014). Estas experiencias confirman que la escala nacional y la continuidad son determinantes para cambiar actitudes y normas sociales (Henderson et al., 2020; Stuart, 2014).

Rol de medios y guías: La eficacia requiere alinear campañas con buenas prácticas de comunicación (p. ej., evitar sensacionalismo, lenguaje estigmatizante, estereotipos de peligrosidad; incluir información de ayuda y testimonios responsables). Referentes como Mindframe (Australia) ofrecen lineamientos para reporteo y representación, con foco en seguridad y reducción de daño (Mindframe, s. f.).

En América Latina, estas dinámicas se reconfiguran por trayectorias sanitarias e institucionales específicas, por lo que a continuación se presenta la perspectiva regional como puente hacia el caso chileno.

Perspectiva latinoamericana

La región avanzó en reformas con discursos de derechos, dignidad e inclusión, pero la literatura científica muestra brechas en la traslación sistemática de hallazgos a servicios y comunicación pública. La revisión sistemática de Latinoamérica y el Caribe describe avances en investigación sobre estigma, al tiempo que evidencia la necesidad de aplicar marcos evaluativos más robustos y comparables entre países (Mascayano et al., 2016).

Evidencia y vacíos en el caso chileno

En Chile, los trabajos sobre comunicación estatal en salud mental son aún incipientes frente a la producción clínica/sistémica; sin embargo, las recomendaciones globales (OMS) y la evidencia regional coinciden en la importancia de integrar comunicación pública, participación de personas con experiencia vivida y servicios comunitarios como parte de una política consistente y evaluable (OMS, 2022; Mascayano et al., 2016).

La evidencia internacional indica que la comunicación estatal efectiva es sostenida, intersectorial, coproducida y alineada con derechos y servicios; cuando se combina educación y contacto social, y se adopta un enfoque de ciclo largo, se observan cambios más robustos en actitudes y normas (Thornicroft et al., 2016; Thornicroft et al., 2022). Esta tesina contribuye al mapear y analizar los encuadres utilizados por el Estado de Chile (2013–2023), distinguiendo representaciones, valores y metáforas que organizan el problema público y sus soluciones, y ofreciendo insumos para una estrategia comunicacional coherente, evaluable y basada en evidencia.

La evidencia comparada converge en que las intervenciones comunicacionales más efectivas combinan alfabetización en salud mental, contacto social estructurado y una narrativa sostenida de derechos e inclusión, con evaluaciones periódicas y segmentadas (Thornicroft et al., 2016; Jorm, 2015). En América Latina, el giro hacia un enfoque de derechos convive con brechas de implementación y de evaluación comunicacional (Mascayano et al., 2016). En Chile, pese a avances regulatorios y programáticos, la dimensión comunicacional estatal aparece fragmentada y con escasa sistematización de resultados, lo que justifica analizar cómo se presenta la salud mental desde el Estado y qué sentidos se activan en sus mensajes (MINSAL, 2017; Ley 21.331/2021).

Evidencia internacional de framing en salud mental y variables contextuales

Complementariamente, la literatura internacional que aplica framing a salud mental muestra que los encuadres varían según coyunturas y contextos institucionales y culturales (McGinty et al., 2014; Zhang et al., 2015; Wiedicke et al., 2022). En el caso de la cobertura sobre violencia armada, por ejemplo, se ha observado que los relatos noticiosos tienden a asociar la “enfermedad mental grave” a la peligrosidad, especialmente tras eventos de alta visibilidad, moldeando la atribución de causas y soluciones en clave de seguridad (McGinty et al., 2014). Asimismo, estudios sobre depresión en prensa han identificado marcos que oscilan entre atribuciones de responsabilidad individual y social, influenciados por condiciones organizacionales del sistema mediático y por valores culturales (Zhang et al., 2015; Wiedicke et al., 2022), lo que ayuda a problematizar qué factores pueden incidir en la comunicación pública de la salud mental.

En suma, el marco teórico sitúa esta tesina en el campo de la comunicación política y combina agenda setting (saliencia temática) con framing (organización del sentido) para describir cómo el Estado chileno presentó la salud mental entre 2013 y 2023. Adoptamos la tradición sociocomunicacional y la rejilla de Entman, problema, causa, evaluación y tratamiento, para codificar piezas oficiales comparables por fuente y período. Con este andamiaje, pasamos a detallar el método y la descripción de datos que permitirán identificar y comparar los encuadres en discursos presidenciales (Cuentas Públicas), documentos del MINSAL y materiales de campañas.

III. Método y descripción de datos

Preguntas de investigación. ¿Qué encuadres utiliza el Estado chileno para presentar la salud mental como problema público entre 2013–2023? (ii) ¿Cómo varían dichos encuadres según tipo de mensaje y ciclo gubernamental?

Objetivo general: Analizar los encuadres predominantes en discursos presidenciales (Cuentas Públicas), documentos oficiales y campañas del Ministerio de Salud.

Objetivos específicos:

- Caracterizar los encuadres predominantes en discursos presidenciales (Cuentas Públicas), documentos oficiales y campañas ministeriales.
- Analizar la evolución temporal de los encuadres identificados entre los tres gobiernos.
- Comparar encuadres entre tipos de fuente para determinar similitudes y diferencias en su tratamiento comunicacional.

Metodología

La elección del método mixto secuencial (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista, 2022) se justifica por la necesidad de abordar un fenómeno comunicacional complejo desde perspectivas complementarias: el análisis cualitativo permite captar la profundidad interpretativa de los encuadres, mientras que el componente cuantitativo facilita la comparación de tendencias y la sistematización de patrones a lo largo del tiempo. En la primera etapa, de carácter cualitativo e inductivo, se identificarán los encuadres presentes en discursos presidenciales (Cuentas Públicas), documentos oficiales y campañas ministeriales. En la segunda etapa, de carácter cuantitativo-descriptivo, se analizará la predominancia de dichos encuadres mediante el estudio de su frecuencia, distribución temporal y asociación con actores institucionales.

Descripción general del proceso

La técnica central utilizada será el análisis de contenido, entendido como un procedimiento sistemático, replicable y válido para realizar inferencias desde textos a los contextos de su producción y recepción (Krippendorff, 2013). Se aplicará una codificación mixta, que combina categorías emergentes obtenidas inductivamente con categorías deductivas derivadas de la teoría del encuadre. En particular, de manera deductiva se identificarán las funciones propuestas por Entman (1993): definición del problema, atribución de causas, evaluación moral y propuesta de soluciones, como guía para clasificar los encuadres predominantes.

El proceso analítico se desarrollará en dos etapas secuenciales:

a) Análisis cualitativo-inductivo. Se identificarán los encuadres en discursos presidenciales (Cuentas Públicas), documentos oficiales y campañas ministeriales, clasificándolos según las funciones de Entman. Se relacionarán con actores institucionales y con el tono comunicacional, reconociendo continuidades y cambios entre 2013 y 2023.

b) Análisis cuantitativo-descriptivo. Una vez identificados los encuadres, se procederá a cuantificar su frecuencia, distribución temporal y asociación con actores institucionales. Este paso permitirá determinar tendencias y comparar los distintos tipos de fuentes oficiales.

Unidad de análisis y selección de muestras

La unidad de análisis es el fragmento textual, párrafo o enunciado con sentido completo, de comunicación oficial del Estado chileno (discursos, documentos, campañas) que contenga referencias explícitas o implícitas a salud mental.

Dimensión temporal. 2013–2023, cubriendo los gobiernos cierre Piñera (2013), Michelle Bachelet (2014–2018), Sebastián Piñera (2018–2022) y el inicio de Gabriel Boric (2022–2023). Se consideran años calendario e hitos (leyes, planes nacionales, campañas emblemáticas). Cabe precisar que el año 2013 corresponde solo al tramo final del primer gobierno de Piñera, por lo que su cobertura es acotada y no permite consolidar un “periodo” propio comparable con los gobiernos siguientes; en consecuencia, se utiliza principalmente como punto de partida temporal y de referencia contextual.

Dimensión tipológica.

- Discursos presidenciales (Cuentas Públicas): mensajes del 21 de mayo (hasta 2016) y del 1 de junio (desde 2017).
- Documentos institucionales de MINSAL y documentos oficiales, entre ellos el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, DS N.º 22 (GES) y la Ley N.º 21.331.
- Campaña - guía gubernamental vinculada a salud mental (p. ej., la guía “Prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales”, 2019 y la respuesta en pandemia con campaña “SaludableMente”), en sus versiones textuales oficiales.

Se incorpora el documento guía “Prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales” (MINSAL, 2019) por su relevancia institucional en el período, en tanto establece orientaciones oficiales y un marco intersectorial salud–educación para la prevención del suicidio en comunidades escolares. Si bien no corresponde a una campaña masiva, constituye un instrumento de comunicación pública que define y operacionaliza el problema, las acciones esperadas y los protocolos de respuesta, aportando evidencia del encuadre institucional sobre salud mental y conducta suicida.

Cada documento se categoriza por eje narrativo (p. ej., derechos, prevención, acceso, enfoque comunitario, emergencias), para facilitar la comparación de enfoques y matices a lo largo del período.

Justificación de los documentos y campañas incluidos en el corpus:

El corpus se compone de tres tipologías de textos oficiales seleccionados por su centralidad institucional, comparabilidad entre gobiernos y disponibilidad textual para asegurar trazabilidad del análisis. Las Cuentas Públicas presidenciales se incluyen por ser la pieza anual de mayor densidad programática, donde la Presidencia fija prioridades y anuncia medidas, permitiendo comparar encuadres a lo largo del período. Los documentos oficiales y normativos (Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025, DS N.º 22/GES y Ley N.º 21.331) se incorporan por su carácter estructurante: estabilizan definiciones, principios, garantías y lineamientos que ordenan la acción estatal en salud mental. En cuanto a las campañas/guías del MINSAL, se incluyen dos casos: “Prevención de la conducta suicida en establecimientos educativos” (2019) y “SaludableMente” (2020), por ser iniciativas oficiales con texto estable y codificable y por representar hitos comunicacionales del período desde enfoques complementarios: prevención intersectorial en contexto escolar y respuesta en crisis sanitaria con orientación y apoyo a la población. Finalmente, la selección se mantuvo acotada debido a las características de una tesina, privilegiando piezas clave y comparables para asegurar profundidad analítica y factibilidad metodológica dentro del alcance del estudio.

La operacionalización traduce la teoría del encuadre a categorías y variables observables. Para cada fragmento se registran las cuatro funciones de Entman (1993) (sí/no) con evidencia textual breve (cita o paráfrasis). Como variables de contexto se incorporan: año, gobierno, tipo de fuente (discurso/documento/campaña).

El instrumento es una matriz de análisis (Excel) con variables y evidencias que aseguran trazabilidad y consistencia. El estudio es descriptivo: no mide impactos en audiencias; se limita a caracterizar cómo el Estado encuadra la salud mental y cómo varía según gobierno y tipo de fuente.

IV. Resultados

El análisis de contenido de los documentos revisados permitió identificar las principales formas en que la salud mental ha sido enmarcada en el discurso público. El procedimiento se orientó según las funciones de encuadre propuestas por Entman (1993): definición del problema, atribución causal, evaluación y propuesta de solución. A partir de esta lectura, se distinguieron cinco marcos predominantes y se observó su evolución a lo largo del período analizado.

Estructura: Los resultados se presentan en cuatro momentos: (1) descripción del corpus por tipología de fuente; (2) definición y operacionalización de los encuadres predominantes; (3) resultados por tipología (discursos presidenciales, documentos institucionales y campañas MINSAL); y (4) síntesis comparada entre fuentes para identificar convergencias y diferencias.

1. Fuentes de información:

Se analizaron un total de 16 documentos, seleccionados según criterios de relevancia institucional, temporalidad y representatividad discursiva. Estos se agrupan en tres tipologías principales: discursos presidenciales (Cuentas Públicas), documentos oficiales y campañas ministeriales.

a) Se analizaron 11 Cuentas Públicas presidenciales correspondientes al período de estudio, que abarcan el cierre del primer gobierno de Sebastián Piñera (2013), el segundo gobierno de Michelle Bachelet (2014–2018), el segundo gobierno de Sebastián Piñera (2019–2021) y el inicio del gobierno de Gabriel Boric (2022–2023).

- **Tabla 1:** listado de las Cuentas Públicas analizadas

N.º	Año	Presidente/a	Fecha del discurso	Lugar	Fuente institucional
1	2013	Sebastián Piñera	21 mayo 2013	Congreso Nacional, Valparaíso	Biblioteca del Congreso Nacional (BCN) / Presidencia
2	2014	Michelle Bachelet Jeria	21 mayo 2014	Congreso Nacional, Valparaíso	Biblioteca del Congreso Nacional (BCN) / Presidencia
3	2015	Michelle Bachelet Jeria	21 mayo 2015	Congreso Nacional, Valparaíso	BCN / Presidencia

N.º	Año	Presidente/a	Fecha del discurso	Lugar	Fuente institucional
4	2016	Michelle Bachelet Jeria	21 mayo 2016	Congreso Nacional, Valparaíso	BCN / Presidencia
5	2017	Michelle Bachelet Jeria	1 junio 2017	Congreso Nacional, Valparaíso	BCN / Presidencia
6	2018	Sebastián Piñera Echenique	1 junio 2018	Congreso Nacional, Valparaíso	BCN / Presidencia
7	2019	Sebastián Piñera Echenique	1 junio 2019	Congreso Nacional, Valparaíso	BCN / Presidencia
8	2020	Sebastián Piñera Echenique	31 julio 2020	Santiago (formato virtual)	Presidencia
9	2021	Sebastián Piñera Echenique	1 junio 2021	Congreso Nacional, Valparaíso	Presidencia
10	2022	Gabriel Boric Font	1 junio 2022	Congreso Nacional, Valparaíso	BCN / Presidencia
11	2023	Gabriel Boric Font	1 junio 2023	Congreso Nacional, Valparaíso	Presidencia

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2: extensión del documento y presencia/ubicación de la mención a “salud mental” por año. Muestra saliencia básica del tema y justifica por qué algunos años aportan más evidencia textual que otros.

Año	Presidenta/e	Páginas (PDF)	¿Menciona “salud mental”?	Página mención
2013	Sebastián Piñera	26	Sí	14
2014	Michelle Bachelet	40	No	—
2015	Michelle Bachelet	36	Sí	25
2016	Michelle Bachelet	30	Sí	20
2017	Michelle Bachelet	36	Sí	20
2018	Sebastián Piñera	34	Sí	12
2019	Sebastián Piñera	26	Sí	11
2020	Sebastián Piñera	39	Sí	30
2021	Sebastián Piñera	37	Sí	15
2022	Gabriel Boric	46	Sí	13
2023	Gabriel Boric	58	Sí	13

Fuente: elaboración propia.

b) Documentos Institucionales (3)

Se incluyeron tres instrumentos normativos fundamentales, que consolidan el marco institucional de la salud mental en Chile y reflejan el modo en que el Estado traduce sus encuadres discursivos en políticas públicas:

1. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Hoja de ruta para fortalecer un modelo de salud mental comunitario e integrado en la red
2. Decreto 22, aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud.
3. Ley N° 21.331 (2021): Establece los derechos de las personas en salud mental, promoviendo la autonomía y la no discriminación.

c) Campañas ministeriales (2)

Se consideraron dos campañas nacionales del Ministerio de Salud (MINSAL) por su relevancia en la comunicación pública y su continuidad temporal: “Prevención del Suicidio” y “SaludableMente”.

Encuadres predominantes:

Para acotar los marcos posibles, se establecieron cinco encuadres predominantes: (1) acceso y oportunidad; (2) derechos y no discriminación; (3) salud pública y determinantes sociales; (4) biomédico-clínico; (5) prevención y bienestar. Esta tipología se sustenta en tres razones complementarias:

1. Ajuste teórico:

Se deriva de la literatura de framing en comunicación política y salud: los marcos de derechos, acceso, determinantes sociales, biomédico y prevención aparecen de forma recurrente al describir cómo los mensajes oficiales definen problemas, atribuyen causas, evalúan y proponen soluciones (Entman, 1993; Goffman, 1974; Igartua, 2006). Con ellos se cubren las cuatro funciones de Entman:

- Definición del problema: p. ej., rezagos de acceso o vulneración de derechos.
- Atribución causal: p. ej., causas estructurales (determinantes sociales) vs. etiología clínica.
- Evaluación: p. ej., principio de no discriminación, prioridad sanitaria.
- Propuesta de solución: p. ej., garantías de acceso, expansión de prestaciones, campañas preventivas.

2. Pertinencia con políticas y normativas chilenas (2013–2023)

Los cinco encuadres reflejan dimensiones institucionalizadas en las fuentes analizadas:

- Derechos y no discriminación: alineado con la Ley 21.331 y el enfoque de derechos.
- Acceso y oportunidad: coherente con metas de oportunidad/espera y ampliación de cobertura reportadas en Cuentas Públicas.
- Salud pública y determinantes sociales: presente en planes y lineamientos que abordan inequidades territoriales y socioeconómicas. (p. ej., Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025)
- Biomédico-clínico: núcleo de guías, garantías, prestaciones y organización de la red asistencial.
- Prevención y bienestar: eje de campañas MINSAL (promoción, autocuidado, reducción de riesgo y estigma).

3. Utilidad metodológica:

La tipología minimiza solapamientos y favorece la comparabilidad transversal entre tipos de documentos y gobiernos. Cada encuadre ofrece criterios observables para la codificación (términos, metas, indicadores, repertorios de justificación) y se operacionaliza directamente con Entman: En los siguientes puntos se ejemplifica principalmente la definición del problema (DP) y Propuesta de Solución (PS) asociada a cada encuadre. No obstante,

la codificación se realiza de manera completa conforme al modelo de Entman, registrando también la atribución causal (AC) y la evaluación (E).

Ejemplos:

- Derechos y no discriminación - problema: estigma/ vulneración; solución: garantías y ajustes razonables.
- Acceso y oportunidad - problema: listas de espera/barreras; solución: expansión de oferta, tiempos máximos.
- Determinantes sociales - problema: desigualdades estructurales; causalidad: factores socioeconómicos; solución: intersectorialidad.
- Biomédico-clínico - problema: trastornos/diagnósticos; causalidad: etiología clínica; solución: tratamientos, protocolos.
- Prevención y bienestar - problema: riesgos psicosociales; solución: promoción, alfabetización, campañas.

Luego se identificaron y tabularon las menciones en los discursos presidenciales (Cuentas Públicas) (15):

N=15 menciones en el período (10 Cuentas Públicas); 2014 no registra ocurrencias.

Tabla 3: asegura evidencia directa para la codificación y facilita replicabilidad del análisis.

Año	Presidenta/e	Página	Cita textual (mención a “salud mental”)
2013	Sebastián Piñera	14	“[...] ampliamos el AUGE [...] incluyendo [...] trastornos bipolares.”
2014	Michelle Bachelet	—	— (no aparece la expresión “salud mental”).
2015	Michelle Bachelet	25	“[...] llevaremos adelante el Plan Nacional de Inclusión Social para Personas en Situación de Discapacidad, el que abordará, también, la salud mental.”
2016	Michelle Bachelet	20	“Chile Crece Contigo [...] incluyendo además dos nuevos programas de Apoyo a la Salud Mental y de Apoyo al Aprendizaje Integral.”

Año	Presidenta/e	Página	Cita textual (mención a “salud mental”)
2017	Michelle Bachelet	20	“Una segunda línea de acción es el programa de apoyo a la salud mental, que busca dar tratamiento a niños y niñas que lo requieran.”
2018	Sebastián Piñera	12	“[...] la Auditoría Social [...] confirmó [...] que un 55% presenta problemas de salud mental [...]” (niñez Sename).
2019	Sebastián Piñera	11	“[...] reduciendo listas de espera, mejorando la atención de enfermedades mentales, aumentando el número de médicos especialistas.”
2020	Sebastián Piñera	30	“[...] llegar a la ciudadanía con atención médica remota en campos tan importantes como la salud mental a través del Programa Saludable-Mente.”
2021	Sebastián Piñera	15	“[...] crear un Fondo de Salud Extraordinario [...] para [...] reducir las listas de espera, especialmente en atenciones de salud mental [...]”
2022	Gabriel Boric	13	“La salud mental no puede esperar y va a ser una prioridad en nuestro Gobierno.”
2022	Gabriel Boric	13	“Vamos a comenzar por construir 12 Centros de Salud Mental Comunitaria [...]”
2022	Gabriel Boric	13	“[...] fortalecer el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil [...]”
2023	Gabriel Boric	13	“[...] de que la salud mental importa [...]”
2023	Gabriel Boric	13	“[...] reafirmo mi compromiso para materializar la mayor inversión en salud mental de los últimos 30 años.”
2023	Gabriel Boric	13	“Vamos a habilitar a al menos 15 centros y dejaremos en desarrollo otros 23.”
2023	Gabriel Boric	13	“[...] ya se encuentra en funcionamiento el Centro en San Antonio, y este 2023 inauguraremos Villarrica y Quellón.”

Fuente: elaboración propia.

Luego se utilizó el modelo de cuatro funciones de Entman para codificar cada mención explícita a “salud mental” en los Mensajes Presidenciales (2013–2023). La unidad de análisis fue cada enunciado que contiene la expresión o su referencia directa. Para cada mención se identificó si el texto formulaba: (DP) una definición del problema (qué situación se presenta como problema), (AC) una atribución causal (a qué causas se imputa el problema), (E) una evaluación (juicio o valoración normativa) y (PS) una propuesta de solución (medidas, programas, inversiones o cambios institucionales). La codificación se realizó en una planilla binaria (1 = presente, 0 = ausente), registrando la página y la cita textual. Con la matriz DP–AC–

E–PS se asignó a cada mención un encuadre predominante según reglas de decisión previamente definidas. Finalmente, se agregaron los resultados para estimar el número y porcentaje de menciones por encuadre:

En la siguiente tabla está el resumen de los encuadres más presentes:

- **Tabla 4:** identifica el encuadre dominante en el nivel presidencial y permite comparar con documentos y campañas

Encuadre	N de menciones	%
Acceso y oportunidad	8	53,3%
Derechos y no discriminación	1	6,7%
Salud pública y determinantes sociales	2	13,3%
Biomédico-clínico	1	6,7%
Prevención y bienestar	3	20,0%
Total	15	100%

Fuente: elaboración propia.

Luego se analizaron los documentos institucionales (normativos), obteniendo los siguientes resultados:

La tabla resume los encuadres identificados en los tres documentos institucionales analizados, el Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025, la Ley 21.331 (2021), DS N°22–GES (2019). En total, se separaron 30 oraciones con contenido relevante.

- **Tabla 5:** muestra cómo se estabilizan los encuadres en el marco normativo/programático.

Encuadre	N menciones relevantes	%
Acceso y oportunidad	10	33,3%
Derechos y no discriminación	8	26,7%
Salud pública y determinantes sociales	7	23,3%
Biomédico-clínico	1	3,3%
Prevención y bienestar	4	13,3%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia.

Los porcentajes se calcularon sobre N = 30 y se presentan redondeados a un decimal. Por este redondeo, la suma de los porcentajes por categoría puede diferir levemente de 100% (p. ej., 99,9% o 100,1%), sin que ello constituya un error en los conteos.

Finalmente se aplicó la misma metodología para campañas MINSAL.

La tabla resume los encuadres identificados en las dos campañas/guías gubernamentales analizadas, Prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales (2019) y documentos publicados en la página web de la campaña “SaludableMente”. En total, se seleccionaron 30 oraciones con contenido relevante.

- **Tabla 6:** evidencia el foco comunicacional predominante en campañas (orientación pública)

Encuadre	N menciones relevantes	%
Acceso y oportunidad	4	13,3%
Derechos y no discriminación	3	10,0%
Salud pública y determinantes sociales	7	23,3%
Biomédico-clínico	1	3,3%
Prevención y bienestar	15	50,0%
Total	30	100%

Fuente: elaboración propia.

Los porcentajes se calcularon sobre N = 30 y se presentan redondeados a un decimal. Por este redondeo, la suma de los porcentajes por categoría puede diferir levemente de 100% (p. ej., 99,9% o 100,1%), sin que ello constituya un error en los conteos.

En el análisis comparado de tres tipologías de fuentes, la salud mental emerge como un objeto de política cada vez más central, aunque con acentos distintos según el tipo de texto. En los discursos, el tema transita desde menciones periféricas a una mayor saliencia en la agenda del Ejecutivo; a partir de 2020 se observa una relevancia de visibilidad y una preponderancia programática sostenida, traducida en anuncios formulados como metas medibles / con indicadores / verificables en su formulación.

Análisis por tipología de fuente:

Discursos Presidenciales (Cuentas Públicas):

Aplicando el modelo de cuatro funciones de Entman a las menciones explícitas de los discursos (N=15), aparece un patrón nítido. La definición del problema (DP) se formula sobre todo como barreras de acceso: listas de espera, oferta insuficiente, necesidad de especialistas o cobertura territorial. La evaluación (E) explicita urgencia y legitimidad pública (“no puede esperar”, “importa”), lo que actúa como marco motivacional para priorizar recursos. La propuesta de solución (PS) es dominante: se anuncian fondos específicos, apertura/habilitación de centros, telemedicina, más especialistas y metas por territorio. La atribución causal (AC), en cambio, se verbaliza poco: rara vez se explicitan determinantes sociales, desigualdades estructurales o componentes culturales/estigmas que originen el problema. Al consolidar la matriz DP–AC–E–PS, el encuadre predominante es Acceso y oportunidad (53,3%), seguido por Prevención y bienestar (20,0%) y menciones puntuales biomédico-clínicas (6,7%), de derechos/no discriminación (6,7%) y de salud pública/determinantes (13,3%). En términos de diseño del mensaje, esto convierte el problema en metas (número de centros, tiempos, recursos), habilitando la evaluación pública del desempeño.

Documentos Institucionales:

En los documentos institucionales (N=30), la matriz opera de modo complementario y se articula con el marco programático del Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025, que ordena prioridades, define líneas de acción y refuerza la orientación comunitaria e intersectorial del sistema; por ejemplo, al instalar como eje la “atención comunitaria y la continuidad de cuidados” como horizonte de implementación. La PS se convierte en norma operativa: el DS N.º 22/2019 obliga a garantizar oportunidad, continuidad, protección financiera y calidad (GES), fijando tiempos y procedimientos que transforman el acceso en un derecho exigible. La E queda plasmada en principios: consentimiento libre e informado, no discriminación, accesibilidad, excepcionalidad y control judicial de la hospitalización psiquiátrica, y prohibición de establecimientos asilares (Ley 21.331). Además, la ley incorpora AC al reconocer determinantes (sociales, culturales y económicos) y afirmar el enfoque comunitario como modelo preferente, en coherencia con el Plan 2017–2025 que

empuja el desplazamiento desde un modelo centrado en la institución hacia redes territoriales y prestaciones integradas.

El resultado en encuadres es equilibrado: Acceso y oportunidad (33,3%) y Derechos y no discriminación (26,7%) lideran, con un peso sustantivo de Salud pública y determinantes (23,3%). En términos de política pública, este entramado, garantías explícitas, marco de derechos y planificación sectorial, institucionaliza la ambición de acceso y blinda un conjunto de derechos, de modo que el despliegue gubernamental no dependa solo de coyuntura o voluntad política, sino de estándares, rutas de implementación y garantías verificables.

Campañas Institucionales:

El tercer componente, las campañas (N=30), aportan otra pieza clave del rompecabezas. Aquí, la PS se expresa en protocolos claros: qué hacer y qué no hacer, pautas de pesquisa (p. ej., C-SSRS adaptada), derivación oportuna, teléfonos de ayuda, postvención, y recomendaciones para medios que evitan el sensacionalismo y el efecto contagio (E y AC). El encuadre predominante es Prevención y bienestar (50,0%), seguido por Salud pública y determinantes (23,3%), lo que muestra un énfasis en habilidades, factores protectores, alfabetización en salud mental, clima escolar protector y prácticas periodísticas responsables. Complementariamente, aparecen Acceso (13,3%) cuando se sistematizan rutas y tiempos y Derechos (10,0%) al subrayar no discriminación y lenguaje no estigmatizante. En términos comunicacionales, estas campañas reducen riesgos, disminuyen mitos y articulan entornos (escuela/medios) para anticipar y derivar a tiempo.

Agenda-setting:

La mirada de agenda-setting (nivel 1) ayuda a ordenar los resultados y profundiza el análisis. Los discursos estabilizan la saliencia del tema y lo dotan de metas verificables; los documentos institucionales convierten metas en garantías, protegen derechos y fijan estándares; y las campañas nutren la base social con competencias

preventivas, alfabetización y lenguajes no estigmatizantes. Esta tríada configura una cadena potencialmente virtuosa: Prevención (campañas) → Derechos/Modelo (norma), Acceso/Metas (discurso). El eslabón frágil es la AC en los discursos: el déficit de explicaciones causales limita la comprensión pública de raíces estructurales (desigualdades, determinantes sociales, condiciones de vida) y reduce el espacio para consensos de largo plazo más allá del aumento de capacidad instalada.

1. Evolución temporal (2013–2023)

El análisis de los antecedentes permitió observar la evolución de los cinco encuadres identificados en la comunicación política estatal sobre salud mental entre 2013 y 2023.

Durante este período, los discursos presidenciales, documentos oficiales y campañas ministeriales muestran una transformación gradual desde un enfoque institucional–normativo hacia marcos más educativos, comunitarios y éticos, reflejando un cambio en la forma en que el Estado define y comunica el bienestar mental como parte del desarrollo social.

Los resultados muestran un patrón de complementariedad por tipo de fuente más que de uniformidad discursiva. En los discursos presidenciales (2013–2023), cuando aparece la frase exacta “salud mental”, predomina el encuadre de acceso y oportunidad (53,3%), seguido de Prevención y Bienestar (20,0%). Esto sugiere una narrativa orientada a soluciones operativas (plazos, cobertura, nuevos dispositivos) y a “anunciar” antes que a problematizar o atribuir causalidad: funcionalmente, destaca PS (propuesta de solución) y, en menor medida, DP (definición del problema) y AC (atribución causal). En términos de agenda, el énfasis en acceso hace inteligible el problema ante públicos amplios, “tiempos de espera”, “más centros”, pero deja en un segundo plano las causas estructurales.

En los documentos oficiales (Ley 21.331; DS 22-GES; síntesis BCN del Plan 2017–2025) el perfil se desplaza hacia una combinación de acceso y oportunidad (33,3%) con derechos y no discriminación (26,7%). La ley consagra principios (dignidad, no discriminación, equidad) y regula garantías; el DS 22 operacionaliza plazos/estándares exigibles; la síntesis BCN articula el modelo comunitario y la continuidad de cuidados.

Las campañas/guías ministeriales invierten el foco: domina prevención y bienestar (50%; 15/30) y luego salud pública y determinantes sociales (23,3%; 7/30), con apariciones más acotadas de acceso, derechos y biomédico. La unidad mínima de mensaje aquí es procedimental y pedagógica: protocolos de detección, flujos de derivación, PAP/PASMET, teleasistencia, pautas de postvención y cuidado de equipos. En clave de Entman, se combinan DP/AC/E/PS pero sobresalen PS (qué hacer) y AC aplicada (por qué actuar: factores de riesgo/protección, estresores organizacionales). Este perfil es coherente con su orientación a inducir prácticas y no solo a informar.

Comparando transversalmente, emergen tres hallazgos:

- (i) una columna vertebral de acceso que cruza discursos y normativa (promesa política, garantía exigible);
- (ii) un anclaje de derechos que se concentra en la ley y filtra con menor densidad al resto de piezas;
- (iii) un módulo preventivo-comunitario que las campañas iteran con mayor sistematicidad (protocolos, bienestar, gestión del riesgo). Esta distribución de roles entre canales permite coherencia sistémica (qué promete el Ejecutivo, qué asegura la norma, qué instruyen las guías), pero también deja tensiones: por ejemplo, la retórica presidencial enfatiza el “qué” (más acceso) sin siempre explicitar el “por qué” (determinantes y brechas territoriales), mientras que las guías explican y operacionalizan, pero su circulación pública es menos visible que la Cuenta Pública.

Respecto al avance según periodo gubernamental:

Bachelet II (2014–2018): acceso programado con soporte clínico; derechos en arranque

En los discursos, la mención explícita a “salud mental” es baja y concentrada (2015, 2017). Cuando aparece, prepondera Acceso y oportunidad, con énfasis en oferta y dispositivos (por ejemplo, líneas de apoyo y avances asociados a demencia), acompañado de un soporte biomédico-clínico que presta legitimidad técnica (estándares, especialidad, prestaciones). El encuadre de Derechos y no discriminación es incipiente (trato digno, inclusión) y aún no organiza el relato presidencial.

En la capa institucional, el Plan Nacional 2017–2025 instala el modelo comunitario, la continuidad de cuidados y la coordinación intersectorial, lo que refuerza Salud pública y determinantes sociales como horizonte de planificación. Sin embargo, en la evidencia oracional con la frase “salud mental”, lo que mejor se observa es la traducción en Acceso (red, dispositivos, servicios). Aún no existe un andamiaje normativo de derechos plenamente vigente.

En campañas/guías, el bloque preventivo todavía no alcanza densidad; el acento comunicacional se mantiene en promesas de acceso con soporte clínico. En términos Entman, predomina PS (medidas programáticas) y una E acotada (valoración de ampliación), con AC baja (brechas de oferta más que determinantes explícitos).

Síntesis del período: Bachelet II prepara el terreno—fija la planificación (2017–2025), posiciona el discurso en Acceso y biomedicaliza puntualmente; Derechos se anuncian, pero aún no dominan la gramática pública.

Piñera II (2018–2021): acceso hegemónico; giro preventivo en pandemia; derechos institucionalizados

En los discursos, Acceso y oportunidad se vuelve columna vertebral: listas de espera y continuidad ordenan la DP y la PS. Con la pandemia, Prevención y bienestar adquiere mayor presencia operativa (teleatención, apoyo psicosocial), sin

desplazar el eje en Acceso. En la matriz DP–AC–E–PS se observa PS alta (medidas verificables) y un incremento de DP/AC ligado a la crisis sanitaria.

La institucionalidad realiza el salto cualitativo del ciclo: el DS N.º 22/2019 (GES) vincula Acceso a garantías exigibles (tiempos, continuidad, calidad) y la Ley 21.331 (2021) consagra Derechos y no discriminación (consentimiento, preferencia ambulatoria, hospitalización excepcional con control judicial, accesibilidad y desinstitucionalización). El Plan de Acción 2019–2025 añade metas e indicadores, consolidando el binomio Acceso + Derechos como gramática de E/PS (evaluación normativa + solución reglada).

En campañas/guías, se despliega un bloque preventivo-procedimental de alta densidad (guía escolar 2019; SaludableMente 2020–2021): protocolos de detección, triage C-SSRS, derivación, teleasistencia y postvención, que integran DP/AC aplicado (riesgos psicosociales, factores protectores) y PS procedimental. Síntesis del período: Piñera II institucionaliza la convergencia entre Acceso (garantías) y Derechos (ley) y expande el módulo de Prevención/bienestar por pandemia, cerrando la promesa política en estándares exigibles y traduciendo la prevención en prácticas.

Boric (2022–2023): acceso con sentido comunitario; derechos explícitos; determinantes en avance

En los discursos, Acceso y oportunidad se mantiene preponderante, pero re-significado: la inversión prioritaria y los centros comunitarios integran Derechos y no discriminación como E que legitima la PS (expansión de red). Se acorta la distancia entre la promesa de acceso y el para qué (dignidad, equidad territorial, comunidad). Salud pública y determinantes avanza como justificación, aunque su co-ocurrencia oracional con “salud mental” sigue siendo menor que en campañas y documentos.

En la capa institucional, el ciclo hereda el andamiaje Derechos + Garantías y lo proyecta hacia dispositivos comunitarios (consistencia con el Plan 2017–2025) y gestión por metas (seguimiento). En campañas, se mantiene la línea preventiva y

de bienestar, ahora con un terreno retórico más fértil para conectar con Acceso y Derechos.

Síntesis del período: Boric conecta el Acceso con comunidad y derechos de manera más visible y empuja la legitimación normativa hacia una narrativa política con valencia social (equidad/territorio).

Hallazgos por período gubernamental:

- Bachelet II (2014–2018): Acceso se posiciona con soporte biomédico; Derechos son incipientes. La planificación 2017–2025 instala el enfoque comunitario, pero el andamiaje jurídico de derechos aún no se consolida.
- Piñera II (2018–2021): Acceso se vuelve hegemónico en discursos; la pandemia otorga densidad a Prevención. La institucionalidad completa el ciclo: GES garantiza acceso y la Ley 21.331 consagra derechos.
- Boric (2022–2023): Acceso se re-significa en clave comunitaria y de equidad territorial; Derechos se explicitan y Determinantes ganan espacio como justificación (aunque menos en la oración que contiene “salud mental”).

En síntesis:

1. Acceso y oportunidad es el eje del decenio: se instala (Bachelet II), se institucionaliza (Piñera II: GES/DS 22 + Ley 21.331) y se re-significa (Boric: acceso comunitario con foco en equidad).
2. Derechos y no discriminación evoluciona de incipiente (Bachelet II) a marco legal vinculante (Piñera II) y a gramática política explícita (Boric), operando como E que legitima PS.
3. Prevención y bienestar irrumpe con pandemia (Piñera II) y permanece como gramática de implementación (protocolos, flujos, teleasistencia), más visible en campañas/guías que en el discurso presidencial.

4. Salud pública y determinantes sociales gana terreno en planificación y guías; en discursos permanece sub-representado si se observa solo la oración con “salud mental”, lo que sugiere una oportunidad: elevar AC (causalidad/determinantes) en la narrativa política sin perder claridad.
5. Biomédico-clínico es marginal (1 mención): cumple un rol técnico de referencia asistencial, pero no organiza el relato del período.

A lo largo de los tres gobiernos se construye una arquitectura coherente: Acceso (promesa - garantía), Derechos (norma - legitimación pública) y Prevención/Comunidad (procedimientos - prácticas). Para robustecer la coherencia comunicativa, los discursos presidenciales pueden incorporar trazos causales (determinantes, desigualdad territorial) y las campañas explicitar la conexión entre prevención y rutas garantizadas de acceso (GES, tiempos, continuidad), cerrando el círculo entre el por qué, el qué y el cómo de la política de salud mental.

Comparación de los encuadres en discursos presidenciales, documentos oficiales y campañas ministeriales (2013–2023)

El tratamiento comunicacional de la salud mental en Chile entre 2013 y 2023 presenta una distribución funcional por tipo de fuente. En discursos presidenciales Acceso y oportunidad es preponderante (53,3%), con participación secundaria de Prevención y bienestar (20,0%) y Salud pública y determinantes sociales (13,3%); Biomédico-clínico y Derechos y no discriminación suman 6,7% cada uno. En documentos institucionales (Ley 21.331, Plan Nacional de Salud Mental y DS N.º 22–GES, N = 30), se observa equilibrio: Acceso (33,3%) y Derechos (26,7%) coexisten con un peso relevante de Determinantes (23,3%), mientras Prevención (13,3%) y Biomédico (3,3%) actúan como soportes. En campañas/guías ministeriales de prevención del suicidio (N = 30), Prevención y bienestar es dominante (50,0%), seguida por Determinantes (23,3%); Acceso (13,3%), Derechos (10,0%) y Biomédico (3,3%) completan el perfil.

Marco analítico (Entman). La matriz DP–AC–E–PS ayuda a explicar estas diferencias. En discursos, DP se formula como barreras de acceso y PS se expresa

en medidas verificables (centros, tiempos, inversión). La E enfatiza urgencia/legitimidad, mientras la AC (determinantes) se mantiene menos visible. En documentos, PS adopta la forma de garantías regladas (GES) y E se articula como gramática de derechos (consentimiento, no discriminación, hospitalización excepcional, accesibilidad); aquí AC aparece más en la ley (determinantes, enfoque comunitario). En campañas, PS se traduce en protocolos (detección, triage, derivación, postvención), con AC aplicado a riesgos y factores protectores; E trabaja contra el sensacionalismo y el estigma.

Discursos: maximizan legibilidad pública. Al convertir el problema en metas operativas (plazos, oferta, cobertura), refuerzan Acceso y dejan la causalidad más implícita. Este sesgo favorece la evaluación ciudadana del desempeño (cumplimientos), pero reduce el espacio para determinantes sociales.

Documentos: transforman la promesa en exigibilidad. El DS N.º 22–GES “amarra” Acceso a tiempos/continuidad/calidad, y la Ley 21.331 consagra Derechos y orienta a la desinstitucionalización y preferencia ambulatoria. El equilibrio observado (Acceso–Derechos–Determinantes) sugiere coherencia normativa con el modelo comunitario.

Campañas: cumplen un rol pedagógico/procedimental. Al centrar Prevención y Determinantes, bajan la política al cómo: qué hacer, por qué y a dónde derivar. Su utilidad depende de conectar esas pautas con rutas garantizadas de acceso (GES, tiempos, continuidad).

La división funcional por canales produce una coherencia sistémica: anuncio (discursos), garantía/derecho (documentos), protocolo/práctica (campañas). Para mejorar: (i) elevar la AC en discursos (determinantes y desigualdad territorial), (ii) vincular explícitamente en campañas las pautas preventivas con rutas garantizadas (GES, tiempos, continuidad), y (iii) reportar indicadores puente (p. ej., derivaciones atendidas < X días; cumplimiento GES en SM por región; control judicial de

hospitalizaciones) que integren Prevención + Derechos + Acceso en una cadena verificable.

Las tres fuentes convergen en el binomio Acceso + Derechos, pero lo hacen con gramáticas distintas y complementarias: los discursos construyen visibilidad política del acceso; los documentos lo vuelven exigible con derechos y garantías; las campañas lo traducen a prácticas preventivas y comunitarias. El perfeccionamiento del ecosistema comunicacional pasa por explicitar determinantes en el discurso, traducir derechos a promesas ciudadanas claras y vincular prevención con garantías, cerrando el ciclo entre por qué, qué y cómo se interviene.

V. Discusión y Conclusiones

En función de los resultados, la comunicación política sobre salud mental en Chile (2013–2023) construye un relato coherente, pero distribuido por canal: cada tipología de fuente cumple un rol distinto en la arquitectura pública del problema (visibilización, exigibilidad y orientación práctica).

En los discursos presidenciales, cuando “salud mental” aparece explícitamente, predomina el encuadre de acceso y oportunidad, expresado en anuncios de alta legibilidad (centros, reducción de listas, nuevas prestaciones, especialistas). Este estilo favorece la evaluación ciudadana del desempeño (“qué se hará” y “con qué metas”), pero tiende a dejar en segundo plano la explicación del “por qué” (atribución causal) y el anclaje explícito en derechos, especialmente al comparar la densidad normativa disponible en otros canales. En el período, la saliencia se intensifica desde 2020 y se estabiliza como prioridad gubernamental, con énfasis en metas verificables y dispositivos de acceso.

En los documentos institucionales y normativos, el eje se vuelve más jurídico-operativo: el lenguaje es el de reglas, garantías y estándares (oportunidad, continuidad, protección financiera, consentimiento, no discriminación, límites a la hospitalización). En términos de política pública, estos instrumentos traducen la promesa política en exigibilidad, equilibrando acceso con derechos y dando sustento al enfoque comunitario. En conjunto, consolidan el “andamiaje” que permite que lo anunciado no dependa solo de la coyuntura o voluntad política, sino de criterios de implementación y control.

En las campañas y guías ministeriales, el foco cambia con claridad hacia prevención, alfabetización y bienestar, con un lenguaje práctico y procedimental (qué hacer, en qué orden y con qué apoyos), incluyendo rutas de pesquisa, derivación, teleasistencia y postvención. Estas piezas conectan la política con el quehacer cotidiano en establecimientos educacionales, servicios de salud, lugares

de trabajo y medios de comunicación, operando como vectores pedagógicos que reducen riesgos y orientan conductas.

Esta secuencia es consistente con un ciclo comunicacional donde el Gobierno busca mostrar ejecución y cumplimiento mediante metas medibles. En contraste, los documentos institucionales anclan esa ambición en un andamiaje normativo que protege derechos, define garantías y fija estándares; y las campañas desplazan el foco a la prevención, la alfabetización y los entornos (escuela/medios), operando como vectores pedagógicos que reducen riesgos y orientan conductas.

La evolución por gobierno muestra maduración más que quiebres. En Bachelet II se consolida la pauta de acceso con soporte clínico y asoman con más fuerza componentes de derechos, mientras el Plan 2017–2025 fija el giro comunitario. En Piñera II el acceso se vuelve hegemónico, la pandemia densifica prevención y la Ley 21.331 junto con la regulación GES amarran promesas a garantías. En el inicio de Boric, el acceso se re-significa con mayor énfasis comunitario y de equidad territorial, con derechos más visibles y determinantes en avance como justificación.

El contraste entre fuentes deja una arquitectura consistente: anuncio → derecho/garantía → protocolo. Los discursos priorizan visibilidad del acceso; los documentos lo vuelven exigible con derechos y estándares; y las campañas enseñan a actuar con enfoque preventivo y comunitario. El desafío no es sustituir encuadres, sino integrarlos mejor en cada punto de contacto: explicar brevemente el por qué, activar el derecho y mostrar el cómo se accede, para que prevención y oportunidad no queden comunicacionalmente separadas.

Desde una lectura de agenda-setting (nivel 1), la tríada opera como una cadena potencialmente virtuosa: Prevención (campañas) → Derechos/Modelo (norma) → Acceso/Metas (discurso). El eslabón más frágil se ubica en la atribución causal en discursos, donde el déficit de explicaciones sobre determinantes sociales y

desigualdad territorial reduce el espacio para consensos de largo plazo más allá del aumento de capacidad instalada.

Implicancias y recomendaciones:

A partir de estos hallazgos, se proponen lineamientos prácticos para fortalecer la coherencia comunicacional e institucional del ciclo (saliencia → encuadre → acceso garantizado):

Alinear mensajes para que cada anuncio de Acceso (centros, tiempos, especialistas) conecte explícitamente con Derechos (consentimiento, no discriminación, límites a la institucionalización) y con Determinantes (enfoque comunitario, equidad territorial). Esto refuerza legitimidad y evita que el acceso se lea como “solo expansión de oferta”.

Cerrar el ciclo detección–derivación–atención, vinculando campañas con rutas y garantías (GES, continuidad y tiempos) dentro del mismo relato público. Con ello, las campañas pasan de “saber qué hacer” a “poder acceder” en tiempo y forma, elevando efectividad percibida y capacidad de uso real de la red.

Incorporar trazos causales e indicadores de equidad en las Cuentas Públicas: explicaciones breves de la brecha (determinantes y desigualdad territorial), seguimiento por región y grupos priorizados, y métricas de derechos (por ejemplo, control judicial de hospitalización involuntaria y cumplimiento de tiempos GES). Esto fortalece rendición de cuentas sin perder potencia operativa.

En síntesis, la comunicación política articula encuadres complementarios: acceso organiza la promesa pública, derechos la legitiman y la vuelven exigible, prevención/bienestar la convierten en práctica social, mientras determinantes aportan el “por qué” y el encuadre biomédico-clínico aparece de forma marginal y puntual. Este estudio, como proyecto de tesina, ofrece un mapa descriptivo y

comparable de esa arquitectura (2013–2023) y puede funcionar como punto de partida para investigaciones más acabadas, por ejemplo: (i) análisis longitudinal ampliado post-2023, (ii) comparación con prensa o redes (intermediación y re-encuadre), (iii) medición de recepción ciudadana, o (iv) evaluación de coherencia entre comunicación, implementación y resultados sanitarios. Con ello, se avanzaría desde la descripción del encuadre estatal hacia la explicación de sus efectos, tensiones y condiciones de eficacia en el tiempo.

VI. Referencias bibliográficas:

- Aruguete, N. (2015). El poder de la agenda: Política, medios y público. Biblos.
- Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology. University of Chicago Press.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2012). Ley N.º 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2019). Decreto Supremo N.º 22 (2019) que aprueba Garantías Explícitas en Salud (GES). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1135882>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2021). Ley N.º 21.331: Reconoce y protege los derechos de las personas en la atención de salud mental. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2025). Decreto N.º 9/2024, Reglamento sobre hospitalización psiquiátrica (ficha LeyChile). <https://www.bcn.cl/leychile/Navegar?idNorma=1217190>
- Canel, M. J., & Sanders, K. (Eds.). (2013). Government communication: Cases and challenges. Bloomsbury Academic. <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/58748>
- Carey, J. W. (2009). Communication as culture: Essays on media and society (Rev. ed.; trabajo original publicado en 1989). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203928912>
- Castells, M. (2009). Comunicación y poder. Alianza Editorial. https://www.alianzaeditorial.es/primer_capitulo/comunicacion-y-poder.pdf
- Chong, D., & Druckman, J. N. (2007). A theory of framing and opinion formation in competitive elite environments. *Journal of Communication*, 57(1), 99–118. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00331.x>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946807/>
- D'Angelo, P. (2002). News framing as a multiparadigmatic research program: A response to Entman. *Journal of Communication*, 52(4), 870–888. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2002.tb02578.x>
- Dearing, J. W., & Rogers, E. M. (1996). Agenda-setting. SAGE. <https://sk.sagepub.com/book/mono/agenda-setting/toc>
- de Vreese, C. H. (2005). News framing: Theory and typology. *Information Design Journal + Document Design*, 13(1), 51–62. <https://doi.org/10.1075/idjdd.13.1.06vre>
- Diario Oficial de la República de Chile. (2025, 3 de octubre). Decreto N.º 9/2024, Reglamento sobre hospitalización psiquiátrica. <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2025/10/03/44265/01/2700261.pdf>
- Dirección de Presupuestos (DIPRES). (2019). Programa Nacional de Prevención del Suicidio (ficha presupuestaria). https://www.dipres.gob.cl/597/articles-212538_doc_pdf1.pdf

- Dirección de Presupuestos (DIPRES). (2022). Evaluación sectorial: Salud mental (cifra referencial 2021). https://www.dipres.cl/597/articles-383674_r_ejecutivo_institucional.pdf
- DIPRECE (MINSAL). (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 (borrador de consulta). <https://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>
- DIPRECE (MINSAL). (2017–2025). Plan Nacional de Salud Mental y marco estratégico (portal). <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental-3/plan-nacional-de-salud-mental-y-marco-estrategico/>
- Entman, R. M. (1993). Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x>
- Gamson, W. A., & Modigliani, A. (1989). Media discourse and public opinion on nuclear power: A constructionist approach. *American Journal of Sociology*, 95(1), 1–37.
- Gobierno de Chile. (2023, 5 de enero). Ministerio de Salud lanzó fono 4141 “No estás solo, no estás sola”. <https://www.gob.cl/noticias/no-estas-solo-no-estas-sola-ministerio-de-salud-lanzo-fono-4141-de-prevencion-del-suicidio/>
- Gobierno de Chile. (2023, 10 de septiembre). Línea de Prevención del Suicidio 4141 atiende las 24 horas. <https://www.gob.cl/noticias/linea-prevencion-suicidio-4141-24-horas-atencion-balance-cifras/>
- Goffman, E. (2006). Frame analysis. Los marcos de la experiencia (J. L. Rodríguez López, Trad.). Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://doi.org/10.5477/cis/mon.227.630>
- Guo, L., & McCombs, M. (2013). Network agenda setting: A third level of media effects. *Mass Communication and Society*, 16(4), 455–477. <https://doi.org/10.1080/15205436.2013.803868>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista, M. P. (2022). Metodología de la investigación (7.ª ed.). McGraw Hill Education. <https://www.mheducation.com.mx/metodologia-de-la-investigacion-9786071520319-latam-group>
- Henderson, C., Robinson, E., Evans-Lacko, S., et al. (2020). Mental illness stigma after a decade of Time to Change (2008–2019). *European Journal of Public Health*, 30(3), 497–503. <https://academic.oup.com/eurpub/article/30/3/497/5748159>
- Igartua, J. J. (2006). Métodos cuantitativos de investigación en comunicación. Bosch. <https://core.ac.uk/download/pdf/78517255.pdf>
- Innerarity, D. (2020). Una teoría de la democracia compleja: Gobernar en el siglo XXI. Galaxia Gutenberg. https://www.galaxiagutenberg.com/wp-content/uploads/2020/01/Una-teoria-de-la-democracia_web.pdf
- Ipsos. (2024, 25 de septiembre). La salud mental se considera como el principal problema de salud a nivel mundial y Chile lidera el ranking con un 69%. <https://www.ipsos.com/es-cl/la-salud-mental-se-considera-como-el-principal-problema-de-salud-nivel-mundial-y-chile-lidera-el>
- Iyengar, S. (1991). Is anyone responsible? How television frames political issues. University of Chicago Press.
- Jakobson, R. (1960). Closing statement: Linguistics and poetics. En T. A. Sebeok (Ed.), *Style in language* (pp. 350–377). MIT Press. <https://archive.org/details/styleinlanguage00sebe>
- Jorm, A. F. (2015). Why we need the concept of “mental health literacy”. *Health Communication*, 30(12), 1166–1168. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26372027/>

Kahneman, D., & Tversky, A. (1984). Choices, values, and frames. *American Psychologist*, 39(4), 341–350. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.341>

Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4th ed.). SAGE. <https://methods.sagepub.com/book/mono/content-analysis-4e/toc>

Mascayano, F., Tapia, T., Schilling, S., Alvarado, R., et al. (2016). Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(1), 73–85. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7115468/>

McCombs, M. (2004). *Setting the agenda: The mass media and public opinion*. Polity. https://www.politybooks.com/bookdetail?book_slug=setting-the-agenda-the-mass-media-and-public-opinion--9780745632506

McCombs, M. E., & Evatt, D. (1995). Los temas y los aspectos: Explorando una nueva dimensión de la agenda setting. *Comunicación y Sociedad*, 8(1), 7–32. <https://revistas.unav.edu/index.php/communication-and-society/article/view/36321>

McCombs, M. E., & Shaw, D. L. (1972). The agenda-setting function of mass media. *Public Opinion Quarterly*, 36(2), 176–187. <https://doi.org/10.1086/267990>

McCombs, M., & Weaver, D. H. (1973). Voters' need for orientation and use of mass communication. *Public Opinion Quarterly*, 37(4), 544–550. <https://doi.org/10.1086/268109>

McGinty, E. E., Webster, D. W., Jarlenski, M., & Barry, C. L. (2014). News media framing of serious mental illness and gun violence in the United States, 1997–2012. *American Journal of Public Health*, 104(3), 406–413. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301557>

McNair, B. (2011). *An introduction to political communication* (5th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203828694>

Ministerio de Salud (Chile). (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/MINSAL_2001_Plan-Nacional-de-Salud-Mental.pdf

Ministerio de Salud (Chile). (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011–2020*. https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/08/37273_Plan-Nacional-de-Salud_3003-1.pdf

Ministerio de Salud (Chile). (2013a). *Guía clínica: Depresión en personas de 15 años y más*. Subsecretaría de Salud Pública, DIPRECE. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GUIA-CLINICA-DEPRESION-15-Y-MAS.pdf

Ministerio de Salud (Chile). (2013b). *Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su implementación*. <https://uchile.cl/dam/jcr:a952b085-6686-4a7b-81e4-c015bccf18ab/programa-nacional-prevencion.pdf>

Ministerio de Salud (Chile). (2015). *Salud mental en la Atención Primaria de Salud: Orientaciones para el equipo de APS*. <https://www.araucanianorte.cl/images/PDF-WORD/OrientacionesSaludMentalparaalequipodeAPS2015.pdf>

Ministerio de Salud (Chile). (2017a). *Guía clínica: Para el tratamiento de la depresión en personas mayores de 15 años. Actualización en psicoterapia*. Subsecretaría de Salud Pública, DIPRECE. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/07/GPC_depresion_psicoterapia.pdf

Ministerio de Salud (Chile). (2017b). Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025. https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio%2F10221%2F35814%2F1%2FBCN_programas_nacionales_salud_mental_FINAL.pdf

Ministerio de Salud (Chile). (2018). Orientación técnico-administrativa del Programa de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. <https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2019/06/OOTTAA-SM-APS-2018-1.0-1.pdf>

Ministerio de Salud (Chile). (2023). Orientaciones técnicas para la implementación del GES N.º 85: Alzheimer y otras demencias (1.ª versión 2022; rev. 2023). Subsecretaría de Salud Pública, DIPRECE. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/10/2023.07.21-OOTT-GES-Alzheimer-y-otras-Demencias-RV2.pdf>

Ministerio de Salud (Chile). (2024). Construyendo Salud Mental (aprobado por Res. Exenta N.º 676, 16-05-2024). https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/05/2024.05.28_CONSTRUYENDO-SALUD-MENTAL.pdf

Ministerio de Salud (Chile). (s. f.). SaludableMente. <https://www.minsal.cl/saludablemente/>

Ministerio de Salud (Chile), Departamento de Salud Digital. (s. f.). Línea 4141: Prevención del suicidio (telemedicina sincrónica). <https://portalsaluddigital.minsal.cl/telemedicina-sincronica/4141-linea-prevencion-del-suicidio/>

Minoletti, A., & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4–5), 346–358. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>

Mindframe. (s. f.). Guidelines for reporting and portraying mental ill-health. <https://mindframe.org.au/guidelines>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR). (s. f.). International standards on the right to physical and mental health. <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR). (s. f.). Mental health and human rights. <https://www.ohchr.org/en/health/mental-health-and-human-rights>

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023). Health at a glance 2023: OECD indicators. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s. f.). Constitution of the World Health Organization (Preámbulo). <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s. f.). Mental health. <https://www.who.int/health-topics/mental-health>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. <https://iris.who.int/items/e66ebb27-95b7-4127-a705-af4b6e836f37>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021, 21 de septiembre). Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022, 16 de junio). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1990). Declaración de Caracas. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022a). Policy for improving mental health (CSP30/9). https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-9-e-policy-mental-health_0.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022b). CSP30.R3—Policy for improving mental health (Resolución). https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-r3-e-policy-mental-health_0.pdf

Pan, Z., & Kosicki, G. M. (1993). Framing analysis: An approach to news discourse. *Political Communication*, 10(1), 55–75. <https://doi.org/10.1080/10584609.1993.9962963>

Presidencia de la República de Chile. (2020, 1 de junio). Presidente presenta Saludable-Mente: Plan de Acompañamiento y Apoyo en Salud Mental. <https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=152082>

Reese, S. D. (2007). The framing project: A bridging model for media research. *Journal of Communication*, 57(1), 148–154. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00334.x>

Scheufele, D. A. (1999). Framing as a theory of media effects. *Journal of Communication*, 49(1), 103–122. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1999.tb02784.x>

Semetko, H. A., & Valkenburg, P. M. (2000). Framing European politics: A content analysis of press and television news. *Journal of Communication*, 50(2), 93–109. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02843.x>

Stuart, H. (2014). Opening Minds in Canada: Targeting change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10 Suppl 1), S13–S18. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4213747/>

Superintendencia de Salud. (2023). Evaluación de la Ley 21.331: Cobertura financiera y licencias médicas en isapres abiertas. https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2023/09/articles-23775_recurso_1.pdf

Superintendencia de Salud. (2024). Garantías Explícitas en Salud (GES): Listado de problemas de salud. <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/>

Tankard, J. W., Jr. (2001). The empirical approach to the study of media framing. En S. D. Reese, O. H. Gandy Jr., & A. E. Grant (Eds.), *Framing public life* (pp. 95–106). Lawrence Erlbaum.

Thompson, J. B. (1995). *The media and modernity: A social theory of the media*. Polity Press. https://www.politybooks.com/bookdetail?book_slug=media-and-modernity-a-social-theory-of-the-media--9780745610054

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., et al. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00298-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00298-6/fulltext)

Thornicroft, G., et al. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36223799/>

Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5(2), 207–232. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(73\)90033-9](https://doi.org/10.1016/0010-0285(73)90033-9)

UNICEF. (s. f.). Mental health explained. <https://www.unicef.org/parenting/mental-health/explained>

Valenzuela, S., Piña, M., & Ramírez, J. (2017). Behavioral effects of framing on social media users: How conflict, economic, human interest, and morality frames drive news sharing. *Journal of Communication*, 67(5), 803–826. <https://doi.org/10.1111/jcom.12325>

Van Gorp, B. (2007). The constructionist approach to framing: Bringing culture back in. *Journal of Communication*, 57(1), 60–78. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9916.2007.00329.x>

Vu, H. T., Guo, L., & McCombs, M. E. (2014). Exploring “the world outside and the pictures in our heads”: A network agenda-setting study. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 91(4), 669–686. <https://doi.org/10.1177/1077699014550090>

Weaver, D. H. (2007). Thoughts on agenda setting, framing, and priming. *Journal of Communication*, 57(1), 142–147. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00333.x>

Wiedicke, A., Reifegerste, D., Temmann, L. J., & Scherr, S. (2022). Framing depression: Individual, societal, and social network responsibility attributions in media coverage. *European Journal of Health Communication*, 3(3), 92–117. <https://doi.org/10.47368/ejhc.2022.305>

World Health Organization, & Ministerio de Salud de Chile. (2014). Sistema de Salud Mental de Chile: Informe WHO-AIMS II (incluye 2,16% del presupuesto público de salud en 2012). https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/02/Ministerio-de-Salud_2014_Informe-WHO-AIMS-II.pdf

Zhang, Y., Jin, Y., & Tang, Y. (2015). Framing depression: Cultural and organizational influences on coverage of a public health threat and attribution of responsibilities in Chinese news media, 2000–2012. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 92(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/1077699014558553>