



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Centro de Políticas Públicas UC

Potenciar la efectividad de la atención en salud mental: el aporte del monitoreo rutinario de resultados en psicoterapia

PAULA ERRÁZURIZ
CANDICE FISCHER

Escuela de Psicología UC y Fundación PsiConecta

VALERIA FUENTES
SEBASTIÁN OPAZO
Fundación PsiConecta



TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Año 21 / N° 194 / Agosto 2026

ISSN 0718-9745

Potenciar la efectividad de la atención en salud mental: el aporte del monitoreo rutinario de resultados en psicoterapia

PAULA ERRÁZURIZ¹

CANDICE FISCHER

Escuela de Psicología UC y Fundación PsiConecta

VALERIA FUENTES

SEBASTIÁN OPAZO

Fundación PsiConecta

1. Introducción

1.1 Contexto epidemiológico y socioeconómico de la salud mental en Chile

En Chile, la salud mental se ha consolidado como una de las principales preocupaciones sociales y sanitarias en los últimos años. Estudios recientes muestran una amplia presencia de síntomas depresivos, ansiedad, malestar psicológico y conductas suicidas en la población, lo que ha generado una demanda creciente de atención. De acuerdo con los resultados de la undécima ronda del Termómetro de la Salud Mental ACHS-UC, publicados en mayo de 2025, un 12,7% de la población adulta urbana presenta problemas de salud mental; el 13% manifiesta síntomas de depresión moderada o severa; un 8,6% sufre insomnio moderado o severo; y un 10,1% presenta un consumo de alcohol riesgoso (Bravo et al., 2025).

En paralelo, estudios de opinión pública señalan que un 69% de las personas en Chile identifica la salud mental como su principal problema de salud, superando ampliamente a otras condiciones físicas². Esta alta percepción se contrapone a importantes brechas en el acceso a los tratamientos. En la evaluación sectorial de los programas de salud mental, realizada en conjunto por la Di-

rección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, se estimó que la oferta pública de salud mental alcanza una cobertura del 39,5% del universo de personas que requieren tratamiento por un trastorno mental y concluye que “existen brechas significativas en la oferta de servicios en el ámbito de la salud mental, particularmente en las dimensiones de tratamiento y rehabilitación” (Dipres, 2025, p. 10). A su vez, el aumento sostenido de las atenciones de urgencia por trastornos de salud mental sugiere que la demanda no satisfecha tiende a manifestarse tardíamente en niveles de mayor complejidad clínica (Portilla-Saavedra et al., 2025).

La desatención de los trastornos mentales impone un costo que trasciende lo sanitario, impactando, por ejemplo, el Producto Interno Bruto (PIB) mediante el ausentismo y la pérdida de productividad laboral (OCDE, 2021). Al ser una de las principales causas de años de vida perdidos por discapacidad, su falta de tratamiento también deriva en graves consecuencias sociales e impactos en las familias y comunidades (Vigo, Thornicroft y Atun, 2016; Knapp y Wong, 2020).

¹ Las opiniones expresadas en este documento corresponden exclusivamente a sus autores y autoras y no representan necesariamente la posición institucional de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Para más información al respecto, véase Ipsos, “La salud mental se considera como el principal problema de salud a nivel mundial y Chile lidera el ranking con un 69%”, 25 de septiembre de 2024, disponible en <https://n9.cl/2vn5ij>.

La psicoterapia ha demostrado ser una intervención efectiva en el tratamiento de una amplia gama de trastornos mentales, logrando tasas de respuesta clínica significativas en la mayoría de los pacientes (Cuijpers et al., 2024). Esta efectividad es, en muchos casos, superior a la de otras intervenciones ampliamente aceptadas en la medicina general. Por ejemplo, mientras que la psicoterapia para la depresión aumenta la probabilidad de recuperación en un 109% ($RR^3 = 2,09$) (Cuijpers et al., 2024), la aspirina en la prevención primaria reduce el riesgo de eventos cardiovasculares en un 10% ($RR = 0,90$) (Laferrière et al., 2023).

A su vez, la evidencia internacional sugiere que la inversión en salud mental no solo es una prioridad sanitaria, sino también una decisión económica eficiente. Según un análisis de retorno sobre la inversión realizado en 36 países, se estima que, por cada dólar invertido en ampliar la cobertura para la depresión y la ansiedad, el retorno económico en productividad laboral alcanza entre 2,3 y 3 dólares; cifra que, a su vez, asciende a un rango de entre 3,3 y 5,7 dólares por cada dólar invertido cuando se considera el valor social de los años de vida saludable ganados (Chisholm et al., 2016).

A pesar del retorno económico de invertir en salud mental, y de la efectividad promedio de la psicoterapia, algunos pacientes no muestran resultados favorables, existiendo aproximadamente un tercio que no responde al tratamiento psicoterapéutico (Cuijpers et al., 2024; Fuentes et al., 2023; Gloster et al., 2020), lo cual se atribuye —al menos en parte— a que los terapeutas confían únicamente en su propio juicio clínico a la hora de evaluar la respuesta de los pacientes (Barkham et al., 2023).

Ante este escenario, este artículo plantea que el monitoreo rutinario de resultados —en inglés, Routine Outcome Monitoring— es una herramienta relevante para mejorar la atención en salud mental en Chile. En particular, se plantea que el uso sistemático de la información sobre procesos y resultados en psicoterapia puede contribuir a mejorar la efectividad de las intervenciones actuales, apoyando tanto la práctica clínica como la toma de decisiones organizacionales y de política pública.

El artículo revisa la evidencia disponible sobre el impacto de los sistemas de monitoreo en la efectividad clínica y en la gestión de recursos en salud mental, mostrando cómo estos sistemas permiten detectar oportunamente

las trayectorias de no respuesta, orientar ajustes en los tratamientos y generar información útil para la planificación y evaluación de los servicios. Asimismo, se describen y analizan experiencias de implementación del monitoreo rutinario de resultados (ROM, por sus siglas en inglés) en contextos internacionales y latinoamericanos, así como iniciativas emergentes en Chile, identificando barreras, facilitadores y aprendizajes relevantes para su adopción en el ámbito nacional.

A partir de este recorrido, el artículo reflexiona sobre las implicancias de incorporar el ROM como parte de la infraestructura de información del sistema de salud mental chileno, especialmente en relación con la asignación estratégica de recursos y el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia. Desde esta perspectiva, el ROM se presenta no solo como una herramienta clínica, sino también como un dispositivo estratégico que permite articular calidad, efectividad y equidad en un sistema que ha avanzado en cobertura, pero que enfrenta el desafío pendiente de asegurar resultados pertinentes y sostenibles en contextos reales de atención.

A continuación, se presentan los avances y desafíos de la política pública de salud mental en Chile y se explica cómo el ROM podría contribuir a mejorar la efectividad de la atención en salud mental en nuestro país.

1.2 Avances en la política pública de salud mental

En los últimos años, nuestro país ha presenciado avances relevantes en salud mental. La promulgación de la Ley 21.331 en el 2021 consolidó un cambio de paradigma al reconocer la salud mental como un derecho y establecer que las intervenciones deben ser oportunas, seguras y basadas en la mejor evidencia disponible (Ministerio de Salud, 2021). Este marco legal se vio acompañado de una mayor visibilidad pública de la salud mental, que culminó en 2025 con la primera campaña comunicacional —en Chile, al menos— impulsada por el Estado, orientada a reducir el estigma y a promover la búsqueda de ayuda profesional⁴. Estos hitos fortalecen la legitimidad institucional de la psicoterapia y de otras intervenciones psicológicas, creando condiciones sociales y normativas favorables para la demanda y continuidad de los tratamientos. No obstante, estos avances normativos y simbólicos no garantizan por sí solos un acceso efectivo, continuo y de calidad a los tratamientos de salud mental.

3 Riesgo relativo.

4 Ministerio de Salud, “Gobierno impulsa la primera Campaña Nacional de Salud Mental en la historia sanitaria de Chile”, 6 de octubre de 2025, disponible en <https://n9.cl/de48i>.

De acuerdo con información oficial, el presupuesto destinado a los servicios asociados a la salud mental ha aumentado de manera significativa, superando el 100% de incremento entre 2022 y 2026. Esto se manifiesta, por ejemplo, en la inauguración de 15 nuevos Centros de Salud Mental Comunitaria —establecimientos ambulatorios y públicos que entregan atención especializada en salud mental, conectados por derivación a los Centros de Salud Familiar de cada comuna— y una expansión de programas orientados a la prevención del suicidio⁵, como la línea de prevención del suicidio “No estás solo, no estás sola” inaugurada en 2023. Estas implementaciones muestran una estrategia centrada en la expansión de la cobertura y la diversificación de las puertas de entrada a la atención en salud mental (Ministerio de Salud, 2023)⁶.

En términos de acceso, también se han logrado avances en la protección financiera y en la diversificación de las atenciones en salud mental. La implementación del Copago Cero en la red pública desde 2022 redujo las barreras económicas para acceder a atenciones de salud mental, como la psicoterapia y los tratamientos farmacológicos⁷. También se han ampliado las modalidades de atención mediante estrategias de salud mental digital, como la ya mencionada línea nacional de prevención del suicidio⁸, junto con distintos dispositivos escolares y juveniles que han facilitado la detección temprana, la intervención en crisis y la derivación a tratamiento (Ministerio de Educación, 2022).

A su vez, el marco regulatorio vigente ha reforzado explícitamente el principio de no discriminación en el acceso a seguros y a prestaciones de salud, incluida la atención en salud mental. En particular, la Ley 21.331 y las normativas asociadas establecen que los problemas de salud mental no pueden constituir un criterio de exclusión, de restricción de cobertura ni de encarecimiento injustificado en los seguros de salud, equiparando su tratamiento al de las condiciones de salud física. Este cambio normativo representa un avance sustantivo en términos de equidad, en tanto cuestiona lo que la literatura ya caracterizaba como prácticas históricas de discriminación financiera y administrativa contra personas con este tipo de diagnósticos (Errázuriz et al., 2015). Al

mismo tiempo, refuerza el principio de la salud mental como un derecho exigible en el sistema de protección social. En conjunto, estos antecedentes confirman la necesidad de avanzar desde una lógica centrada exclusivamente en la ampliación de la cobertura hacia estrategias que garanticen la calidad y la efectividad de los tratamientos.

1.3 Desafíos de la política pública de salud mental

A pesar de los esfuerzos y avances mencionados previamente, no existen sistemas integrados que permitan evaluar directamente la calidad de la atención en salud mental en Chile. Según la reciente evaluación de la Dipres (2025), Chile aún presenta una limitación estructural en los sistemas de información sobre salud mental. Como parte de los ejes estratégicos definidos en la estrategia Construyendo Salud Mental del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, se han implementado mejoras en la actualización de los sistemas de registro, destacando el desarrollo de sistemas de monitoreo en línea y el perfeccionamiento del registro clínico electrónico, lo que permite un seguimiento más preciso de la oferta y la demanda asistencial en la red pública (Ministerio de Salud, 2024). Sin embargo, los indicadores actualmente utilizados se centran en evaluar la ejecución de las prestaciones y no los resultados clínicos. En la práctica, esto implica medir si los programas efectivamente se realizaron —por ejemplo, mediante el número de talleres impartidos o de fármacos entregados—, pero no si las personas experimentaron una mejoría en sus síntomas, en su funcionamiento o en su calidad de vida. Esta orientación hacia la gestión del proceso, más que hacia los resultados en salud, dificulta estimar el impacto real de las intervenciones y así promover su mejora.

Junto con esto, es importante considerar que en Chile el ejercicio profesional de la psicología clínica no cuenta con estándares nacionales obligatorios de acreditación ni de certificación de competencias, más allá del registro como prestador individual de salud. A fines de 2024, el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud contaba con 93.715 psicólogos legalmente habilitados para ejercer en el país (Superintendencia de Salud, 2024). Durante ese mismo año, la carrera de Psicología

5 Ministerio de Salud, “Ministerio de Salud presenta en el Congreso el Proyecto de Presupuesto 2026: Aumento de 30% respecto del 2022”, 9 de octubre de 2025, disponible en <https://n9.cl/2mmx5>.

6 Para más información respecto al presupuesto de 2026, véase <https://n9.cl/k1on3>.

7 Gobierno de Chile, “Copago cero: Acceso gratuito a la red pública de salud”, disponible en <https://n9.cl/lqkzm>.

8 Ministerio de Salud, “Ministerio de Salud anunció fono *4141 de prevención del suicidio”, 4 de enero de 2023, disponible en <https://n9.cl/maypf5>.

se consolidó como la más demandada a nivel universitario en Chile, registrando un total de 11.568 nuevos matriculados en primer año, con una marcada concentración de estudiantes en instituciones privadas no pertenecientes al Consejo de Rectoras y Rectores de las Universidades Chilenas (Ministerio de Educación, 2024).

Este crecimiento acelerado de la oferta formativa ha ocurrido en un escenario de alta heterogeneidad institucional, con diferencias significativas en los enfoques, contenidos y exigencias de la formación clínica, lo que dificulta asegurar de manera homogénea que los y las profesionales cuenten con competencias equivalentes para intervenir en problemáticas complejas de salud mental. Desde una perspectiva de política pública y gestión de recursos, esta variabilidad introduce un nivel adicional de incertidumbre respecto de la efectividad real de las intervenciones financiadas por el sistema, lo que hace necesario complementar los esfuerzos de formación con mecanismos sistemáticos que permitan observar y evaluar los procesos terapéuticos y sus resultados clínicos, así como retroalimentar a los y las profesionales de manera continua. En este sentido, dichos mecanismos deben entenderse no como instrumentos punitivos, sino como herramientas para el aseguramiento de la calidad, el aprendizaje permanente y el uso eficiente de los recursos en salud mental.

1.4 La necesidad de monitoreo sistemático en salud mental

Como se señala en esta introducción, Chile ha realizado esfuerzos importantes para fortalecer la oferta de salud mental, lo que representa un avance relevante para responder a la creciente demanda. Sin embargo, también evidencia uno de los principales desafíos del sistema: asegurar que la ampliación de recursos se traduzca efectivamente en mejores resultados clínicos y en una gestión eficiente. Este desafío es especialmente relevante en un contexto de expansión del gasto, donde la ausencia de mecanismos de evaluación sistemática dificulta la estimación del retorno clínico y social de la inversión realizada.

La necesidad de mayor monitorización no es solo una demanda técnica, sino que ha sido explícitamente reconocida como una prioridad estratégica del sistema de salud de contar con más y mejores datos para actuar con efectividad. De hecho, fue parte de las líneas de acción prioritarias del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, el

cual busca mejorar los sistemas de información, la investigación y la gestión de calidad, con el objetivo de tomar decisiones y construir políticas públicas acordes a las necesidades de la población (Ministerio de Salud, 2017).

Considerando la alta prevalencia de trastornos de salud mental, las brechas de acceso al tratamiento y la baja calidad de la atención brindada, existe una carencia de herramientas sistemáticas para observar y evaluar los procesos psicoterapéuticos. Esta es una de las principales brechas del sistema chileno. Por tanto, resulta fundamental contar con mecanismos de monitoreo que permitan registrar las trayectorias de los usuarios y retroalimentar las decisiones clínicas y de gestión, orientando, de manera informada, la asignación de recursos y la política pública.

En este contexto, resulta clave reconocer que los sistemas de medición no son neutrales. Como plantean D'Ignazio y Klein (2020), lo que decidimos medir (o no medir) y cómo lo medimos tiene implicancias políticas y éticas que impactan la vida de las personas.

2. Monitoreo rutinario de resultados

2.1 ¿Qué es el monitoreo rutinario de resultados?

Pese a que la evidencia ha demostrado la efectividad de la psicoterapia para los principales trastornos mentales en adultos —como el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno límite de la personalidad (Cuijpers et al., 2024)—, una proporción significativa de pacientes no alcanza una recuperación clínica satisfactoria. Metaanálisis internacionales recientes sugieren que las tasas de respuesta se sitúan entre el 24% y el 42% según el trastorno tratado (Cuijpers et al., 2024).

La evidencia nacional también muestra que los procesos psicoterapéuticos no siguen una trayectoria homogénea. Estudios en población chilena han identificado al menos tres patrones de cambio durante la psicoterapia: una trayectoria mayoritaria caracterizada por una mejoría sostenida, otra de cambio rápido favorable y un subgrupo clínicamente relevante que presenta deterioro leve a lo largo del tratamiento, correspondiente al 18,8% de los pacientes (Fuentes et al., 2023). La variabilidad en los resultados de la psicoterapia ha sido atribuida, entre

otros factores, a la dependencia excesiva del juicio clínico sin apoyo sistemático de datos, el cual ha demostrado ser limitado para identificar tempranamente casos que no progresan o que presentan deterioro (Barkham et al., 2023; Lambert, 2013).

Estos hallazgos plantean la necesidad de contar con mecanismos de monitoreo sistemático que permitan detectar tempranamente trayectorias desfavorables y ajustar oportunamente las intervenciones terapéuticas, como el ROM. Este se define como la evaluación periódica y sistemática del progreso del paciente a lo largo del tratamiento psicoterapéutico mediante el uso de instrumentos estandarizados (Lambert, 2010). El ROM se concibe como un proceso continuo que integra la medición sistemática del cambio, la retroalimentación al terapeuta y, en muchos casos, al propio paciente, y la adaptación del tratamiento en función de dicha información (Lambert y Shimokawa, 2011; Shimokawa, Lambert y Smart, 2010). De este modo, los y las profesionales de la salud mental pueden complementar su juicio clínico con datos empíricos sobre la evolución del tratamiento, lo que favorece la toma de decisiones más informadas y ajustadas a las necesidades específicas de cada persona y de su proceso terapéutico (Barkham et al., 2023).

Más allá de su aplicación clínica directa, el ROM puede entenderse como una infraestructura de medición que organiza la forma en que los sistemas de salud observan, interpretan y comparan el cambio psicoterapéutico. En la medida en que los datos generados por el ROM informan decisiones clínicas, procesos de supervisión, gestión de servicios y evaluación del desempeño, estos sistemas no solo permiten monitorear resultados individuales, sino que también condicionan qué tipos de beneficios se vuelven visibles y valorables en las evaluaciones de la efectividad, la eficiencia y el valor del sistema de salud en su conjunto.

El monitoreo sistemático de resultados no solo permite evaluar el progreso, sino que también actúa como un mecanismo activo de cambio, facilitando la reflexión clínica, el ajuste oportuno de las intervenciones y el fortalecimiento de la alianza terapéutica (De Jong, Delgadillo y Barkham, 2023). En la práctica clínica, el ROM opera como un mecanismo de alerta temprana que permite identificar tanto señales de riesgo, incluida la ideación suicida, como desviaciones respecto de la trayectoria esperada de mejoría, es decir, situaciones en las que el

paciente no está respondiendo positivamente al tratamiento (Barkham et al., 2023).

La evidencia metaanalítica muestra que la provisión sistemática de retroalimentación reduce aproximadamente en un 50% la probabilidad de deterioro clínico y aumenta entre dos y tres veces la probabilidad de lograr una mejoría clínicamente significativa, especialmente en pacientes con mayor riesgo de no respuesta (Lambert y Shimokawa, 2011; Shimokawa, Lambert y Smart, 2010). Estos efectos se explican, en parte, porque la disponibilidad continua de datos permite a los terapeutas identificar dificultades de manera temprana, recurrir a la supervisión cuando sea necesario y realizar ajustes oportunos en las intervenciones.

2.2 Rol de la retroalimentación y de las herramientas de apoyo clínico

Como se mencionó, el valor del ROM no radica únicamente en la medición de resultados, sino en que dicha información se transforma en retroalimentación clínica que orienta las decisiones durante el proceso terapéutico (Lambert y Shimokawa, 2011; Norcross y Wampold, 2011). Su utilidad clínica durante el proceso terapéutico, en un primer nivel, radica en la posibilidad de integrar estos datos para que los terapeutas puedan reorganizar su forma de trabajo y priorizar sus intervenciones con base tanto en su criterio clínico como en los datos obtenidos a partir de los cuestionarios de seguimiento. Para este objetivo se han desarrollado diversas herramientas para facilitar el uso del ROM en contextos clínicos; entre ellas, sistemas electrónicos de monitoreo, gráficos de trayectoria, reportes automatizados y *clinical support tools*, es decir, herramientas destinadas a emitir alertas cuando un paciente no sigue la trayectoria esperada de mejoría y a entregar información que ayude al terapeuta a identificar factores que puedan estar dificultando el proceso terapéutico, además de información sobre cómo superar esas dificultades (Barkham et al., 2023).

En un segundo nivel, se ha observado un beneficio adicional cuando estos datos no solo informan al terapeuta, sino que se integran explícitamente en el proceso terapéutico y en la información compartida con el paciente, lo que promueve un trabajo más colaborativo e informado (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Asimismo, se ha observado que los pacientes perciben las mediciones como invitaciones a explorar aspectos que no han podido abordar espontánea-

mente, lo que facilita la reflexión y la colaboración en el proceso terapéutico (Safran y Muran, 2000; Norcross y Wampold, 2011).

En este sentido, resulta fundamental evitar una adopción superficial del ROM, limitada a la mera aplicación de cuestionarios, y centrar el foco en su implementación efectiva como parte del trabajo clínico cotidiano. Para aprovechar al máximo sus beneficios, se requiere contar con capacitación específica para su uso y apoyo institucional que facilite que los datos se utilicen como retroalimentación para la práctica clínica (Barkham et al., 2023).

Como una forma concreta de operacionalizar una implementación del ROM, centrada en el uso clínico de los datos y no en su mera recolección, la American Psychological Association propone el modelo Collect, Share, Act⁹, el cual fomenta el uso de instrumentos validados, la discusión colaborativa de los puntajes con el paciente y el ajuste dinámico del tratamiento basado en datos (Barber y Resnick, 2023).

2.3 Evidencia clínica y costo-efectividad del monitoreo rutinario de resultados

La evidencia empírica muestra que el uso del ROM se asocia con beneficios clínicos relevantes, especialmente cuando incluye retroalimentación activa sobre el proceso de psicoterapia tanto para terapeutas como para pacientes (Barkham et al., 2023). Distintos metaanálisis han estimado efectos significativos del uso de herramientas de monitorización y de *feedback* que se suman a los beneficios de la psicoterapia tradicional, particularmente en pacientes con riesgo de no respuesta (Lambert y Shimokawa, 2011; Shimokawa, Lambert y Smart, 2010). Este efecto incremental podría resultar especialmente relevante en sistemas con alta demanda y recursos limitados, como el chileno, donde mejorar la capacidad de detección temprana y el ajuste clínico es clave para optimizar los resultados.

Uno de los principales aportes clínicos del ROM es su capacidad para detectar tempranamente a pacientes que no responden favorablemente al tratamiento, es decir, aquellos cuyas trayectorias de cambio se desvían negativamente de lo esperado (Barkham et al., 2023). De este modo, el ROM funciona como una herramienta preventiva que permite intervenir antes de que se produzca un estancamiento o un deterioro clínico. La evidencia muestra que su uso contribuye a disminuir el abandono

terapéutico y los casos de deterioro, y a aumentar la probabilidad de lograr mejorías clínicamente significativas (Shimokawa, Lambert y Smart, 2010; Lambert y Shimokawa, 2011).

Una revisión sistemática y metaanálisis de 31 estudios cualitativos (Låver, McAleavey, Valaker, Castonguay y Moltu, 2024) mostró que la medición en psicoterapia cumple funciones mucho más amplias que las estrictamente evaluativas, favoreciendo la autocomprensión del paciente, su participación activa en el tratamiento, la comunicación de temas difíciles, una mayor sensación de control y una mayor colaboración en la diada terapéutica. Sin embargo, también pueden darse efectos (como la ansiedad por ser evaluado) si no se comprenden bien el sentido y el uso de las evaluaciones.

Desde la perspectiva del desempeño profesional, el ROM se asocia con una mayor capacidad del terapeuta para ajustar dinámicamente el tratamiento, mejorar la comunicación con los pacientes, reconocer oportunamente los impases clínicos y reducir el sesgo o el exceso de confianza respecto de la propia efectividad (Barkham et al., 2023). Asimismo, se ha posicionado como una estrategia formativa que favorece el desarrollo de habilidades clínicas y la reflexión sobre la práctica mediante la retroalimentación sistemática, lo que contribuye a reducir la variabilidad en la efectividad entre los terapeutas (Delgadillo et al., 2022).

Estos beneficios clínicos tienen implicancias directas en la eficiencia del sistema de salud. La detección temprana de la no respuesta, el abandono o el deterioro permite ajustar oportunamente los tratamientos y evitar la prolongación de intervenciones poco efectivas. Considerando que el principal costo de la psicoterapia está asociado al tiempo profesional, la capacidad del ROM para informar decisiones sobre la duración, intensidad y adecuación del tratamiento constituye uno de sus mecanismos más relevantes de impacto económico.

En este sentido, el ROM presenta características favorables desde el punto de vista de la costo-efectividad. A diferencia de otras intervenciones, su implementación implica costos relativamente bajos, principalmente asociados a la capacitación de terapeutas y a la implementación de plataformas digitales (Barkham et al., 2023). Entre sus beneficios se encuentra la posibilidad de aumentar la efectividad de las intervenciones y de promover una mayor eficiencia en el abordaje de los casos.

⁹ Para más información al respecto, véase <https://n9.cl/k209hy>.

Desde la perspectiva de la evaluación económica en salud, el ROM se alinea con enfoques de costo-efectividad, dado que utiliza indicadores clínicos para estimar resultados como la mejoría confiable, la reducción del deterioro o la disminución del abandono terapéutico. Avances metodológicos permiten, además, traducir estos cambios en indicadores de calidad de vida, conectando los datos del ROM con análisis de costo-utilidad sin necesidad de incorporar nuevos instrumentos de medición. De este modo, dicho monitoreo puede actuar como un puente entre la práctica clínica cotidiana y los marcos de evaluación empleados para priorizar recursos en salud pública.

La evidencia disponible sugiere que los servicios que integran el ROM pueden reducir la duración promedio de los tratamientos sin comprometer su efectividad (Barkham et al., 2023), lo que se traduce en un ahorro directo de recursos para el sistema de salud. Investigaciones que han incorporado esta metodología, como el modelo Feedback-Informed Treatment, muestran que estas prácticas mejoran la rentabilidad de los tratamientos. Aunque requieren una inversión inicial para formar a los terapeutas, esta suele compensarse con beneficios acumulados a lo largo del tiempo (Delgadillo et al., 2021).

Considerando estos antecedentes, la implementación de sistemas de monitoreo sistemático supone una oportunidad para mejorar tanto la calidad clínica como la eficiencia del sistema. En este sentido, avanzar hacia una cultura de medición permite aumentar la transparencia sobre la calidad de la atención y facilitar una asignación más eficiente de los recursos en salud mental. Esto implica transitar de indicadores centrados exclusivamente en el número de atenciones o de altas a sistemas que integren información sobre los procesos terapéuticos, pudiendo, por ejemplo, mostrar cómo cambia el malestar psicológico y la sintomatología del paciente durante su tratamiento. Aquello que no se mide de forma sistemática y longitudinal tiende a permanecer invisible para la gestión y la política pública, lo que restringe la posibilidad de identificar intervenciones de alto valor y de justificar inversiones sostenidas en psicoterapia.

3. Ejemplos de experiencias nacionales e internacionales

En distintos sistemas de salud internacionales, el ROM

se ha utilizado como estrategia para fortalecer la efectividad clínica, apoyar la toma de decisiones y orientar la gestión y la supervisión de los servicios de salud mental.

A continuación, se describen experiencias seleccionadas por su relevancia para el análisis del ROM como herramienta clínica y de gestión, incluyendo un programa internacional consolidado como el Talking Therapies en Inglaterra; un modelo avanzado de apoyo a la toma de decisiones clínicas llamado Trier Treatment Navigator, en Alemania; y dos experiencias latinoamericanas, una de ellas en Chile.

3.1 Programa Talking Therapies (Inglaterra)

El programa Talking Therapies, iniciativa pública financiada por el National Health Service e implementada en Inglaterra desde 2008, fue diseñado para mejorar el acceso y la calidad de las intervenciones en salud mental y se considera uno de los mayores esfuerzos de recolección sistemática de datos clínicos a nivel mundial. Talking Therapies se estructura en torno al modelo de stepped care o modelo escalonado: los usuarios reciben la intervención menos intensiva disponible y avanzan a niveles más complejos cuando el tratamiento y sus necesidades lo ameriten. En el contexto de este programa, los profesionales tienen el deber de utilizar de forma estandarizada el ROM en cada sesión, en la que tanto pacientes como terapeutas completan cuestionarios validados, lo que permite monitorear el progreso de manera continua y tomar decisiones informadas en torno al tratamiento en curso¹⁰. Un elemento central del programa es que los datos generados por el ROM no se conciben como registros administrativos, sino como insumos activos para la práctica clínica, la supervisión y la gestión del sistema.

En este sentido, la información obtenida no es solo material del profesional, sino que se utiliza para mejorar la práctica clínica y desempeña un rol formativo para los equipos de salud, quienes reciben supervisión semanal en la que se utilizan estos datos de forma explícita para comprender el caso, ajustar intervenciones, identificar riesgos, entre otros. Junto con esto, anualmente se publican los resultados de cada servicio, lo que permite construir un sistema de aprendizaje continuo y de transparencia a nivel nacional, que considera la efectividad y la eficiencia de la atención. También, gracias a este seguimiento, que se acompaña de una medición de variables sociodemográficas, se ha identificado que la etnia, la

¹⁰ NHS England, "NHS Talking Therapies, for anxiety and depression: Annual reports 2024-25", 25 de septiembre de 2025, disponible en <https://n9.cl/ztc5l8>.

edad y el nivel de privación socioeconómica influyen en el acceso al tratamiento y en sus resultados¹¹.

Según el reporte anual oficial de 2024 y 2025, el programa registró 1,81 millones de derivaciones, de las cuales 1,21 millones accedieron efectivamente al servicio, y 670.419 personas completaron un curso de tratamiento. Además, el 91,6% de los usuarios accedió dentro de seis semanas, mientras que el 50,5% alcanzó la recuperación clínica según los indicadores del programa¹².

Los datos del National Health Service han revelado que el tratamiento exitoso no solo mejora el bienestar individual, sino que también genera retornos económicos tangibles. La sostenibilidad financiera de esta iniciativa se sustenta en una inversión operativa significativa que, en el periodo 2021 a 2022, alcanzó los £596,8 millones para cubrir la atención clínica y la infraestructura del servicio¹³. Aunque este monto engloba el funcionamiento general, una parte se destina a la capacitación de terapeutas en el modelo de resultados y en la tecnología del ROM. Dado que esta inversión reduce las diferencias en la efectividad de los terapeutas y, con ello, la variabilidad de la calidad de los tratamientos, derivaría en una optimización del gasto (Delgadillo et al., 2022). Según el análisis de The London School of Economics and Political Science¹⁴, el retorno social de esta inversión es tangible en el mercado laboral: el tratamiento completo no solo incrementa la probabilidad de empleo, sino que también aumenta los ingresos mensuales, un efecto que perdura hasta siete años. Estos resultados demuestran que la inversión en salud mental orientada a resultados tiene un impacto directo en la reducción de los costos de discapacidad y de la pérdida de productividad para el Estado.

3.2 Trier Treatment Navigator (Alemania)

A diferencia de modelos centrados en la estandarización a gran escala, en Alemania se ha desarrollado desde hace años un modelo avanzado de ROM orientado al apoyo personalizado en la toma de decisiones clínicas, denominado en la literatura científica como el Trier Treatment Navigator. A diferencia del caso británico,

no constituye un programa nacional de cobertura masiva, sino una innovación desarrollada y aplicada en una clínica ambulatoria de la Universidad de Trier, donde se ofrece atención asistencial y se realiza investigación académica. Estudios iniciales reportan una muestra de 1.543 pacientes atendidos en esta clínica, de los cuales 1.234 fueron incluidos en los análisis predictivos (Lutz et al., 2019).

El Trier Treatment Navigator proporciona recomendaciones tanto antes de comenzar el tratamiento, realizando predicciones personalizadas a partir de bases de datos de pacientes atendidos previamente con características similares, como durante el tratamiento, activando sistemas de alerta cuando el tratamiento requiere ajustes (Lutz et al., 2019).

Específicamente, en el caso de las recomendaciones de pretratamiento, el sistema es capaz de predecir el riesgo de abandono y las estrategias de tratamiento recomendadas (Lutz et al., 2019). De esta manera, el o la profesional puede comenzar a construir el caso desde su juicio, apoyado en estos datos. Una vez iniciado el tratamiento, el Trier Treatment Navigator compara el progreso real del paciente con un *expected treatment* response o trayectoria esperada, basada en características previas al tratamiento relevantes para el resultado (Lutz et al., 2019). Los casos en los que la trayectoria se desvía de lo esperado se identifican como *not on track* o fuera de curso. En estos casos se ofrecen a los y las terapeutas herramientas breves de apoyo clínico, en las que se proporciona orientación básica basada en las señales de alerta emitidas por el sistema para aquellas áreas que requieren ajustes del tratamiento (Lutz et al., 2019). Estas recomendaciones no sustituyen el juicio clínico, sino que lo complementan con información empírica derivada de casos previos comparables.

3.3 Ejemplos en Chile y Latinoamérica

En Latinoamérica, la implementación del ROM ha sido más reciente que en Europa y Norteamérica (Paz, Dogmanas y Behn, 2025), aunque ya se están dando a conocer experiencias relevantes en contextos clínicos, uni-

11 Para más información al respecto, véase "Outcomes for treatment for anxiety and depression", 31 de enero de 2024, disponible en <https://n9.cl/87093y>.

12 NHS England, "NHS Talking Therapies, for anxiety and depression: Annual reports 2024-25", 25 de septiembre de 2025, disponible en <https://n9.cl/ztc5l8>.

13 Véase NHS England, "Patient level activity and costing: 2020-21", 31 de marzo de 2022, disponible en <https://n9.cl/e8g75>; y Adetola Obateru y Katie Yau, "Investing in our mental health: Priorities for the NHS ten-year plan", *Centre for Mental Health*, 2 de diciembre de 2024, disponible en <https://n9.cl/mc8pj>.

14 The London School of Economics and Political Science, "NHS talking therapies bring long-term economic returns to England", *LSE Business Review*, 8 de mayo de 2025, disponible en <https://n9.cl/oacxav>.

versitarios y comunitarios. Algunas instituciones han comenzado a utilizar esta herramienta para mejorar la efectividad y la eficiencia en la prestación de los tratamientos. Sus experiencias permiten visualizar el ROM como una estrategia viable y de gran utilidad, incluso en contextos con recursos limitados. Las experiencias disponibles muestran patrones consistentes en los beneficios clínicos, la aceptación por parte de los profesionales y la utilidad formativa.

En años recientes se realizó un estudio piloto del ROM en Argentina, en el que se obtuvo información sobre la percepción de los y las profesionales participantes, quienes valoraron positivamente esta herramienta, reconociéndola como útil, clara y coherente con su juicio clínico (Gómez-Penedo et al., 2023). En la misma línea, se ha implementado el ROM en una clínica universitaria en Ecuador, en donde, además de ser utilizada para mejorar la calidad del servicio proporcionado, se aprovecha su uso para la formación clínica de psicoterapeutas y para la investigación (Paz et al., 2025). Nuevamente, los y las profesionales destacan su utilidad en la supervisión y el manejo de casos complejos.

En concordancia con estas experiencias locales e incipientes, se ha conformado recientemente el Consorcio Latinoamericano de Investigación en Psicoterapia, el cual ha reunido profesionales de Chile, México, Ecuador, Colombia, Argentina, Perú y Uruguay, con el objetivo de avanzar en torno a la investigación sobre el ROM y su implementación en distintos contextos y centros asistenciales del continente¹⁵.

En Chile, varios centros de atención han comenzado a utilizar el ROM. Por ejemplo, la Fundación PsiConecta¹⁶, institución con una trayectoria sostenida en la implementación del ROM y a la que conocemos en profundidad, promueve el acceso a la salud mental de calidad a través de cuatro líneas de acción que generan sinergias entre sí: (i) prevención y promoción; (ii) atención clínica; (iii) formación de profesionales; y (iv) investigación aplicada. Para ofrecer atención clínica, a mediados de 2023 abrieron su clínica de atención a bajo costo, ofreciendo psicoterapia por videollamada a pacientes adultos en todo el territorio nacional (se han atendido pacientes de 14 de las 16 regiones del país). Hasta julio de 2026, se había atendido a 561 pacientes, en 3.712 sesiones con

una media de 8,1 sesiones por paciente (DE¹⁷ 6,4). El 74,3% de los pacientes son mujeres y la edad promedio es de 34,2 años (DE 11,3). El 58,2% vive en la Región Metropolitana, el 95,5% tiene como previsión Fonasa (Fondo Nacional de Salud) y un 53,1% declara un ingreso familiar menor a los \$750.000.

Desde sus comienzos, la clínica de PsiConecta cuenta con MindKey, un software propio que permite realizar un monitoreo semanal de síntomas, de la alianza terapéutica y de riesgos, proporcionar alertas automáticas ante indicadores de riesgo suicida y visualizar gráficamente el progreso de cada paciente. Además, esta plataforma permite llevar el registro clínico de cada persona, lo que resulta más práctico y sencillo para los y las terapeutas al tener toda la información en un mismo lugar. A su vez, ofrece visualizaciones útiles desde el punto de vista administrativo, lo que permite al equipo a cargo de la clínica tomar decisiones informadas.

Destacamos la innovación que está desarrollando PsiConecta al incorporar herramientas de apoyo clínico como parte de su retroalimentación, lo que constituye una experiencia pionera en América Latina. Estas herramientas consisten en retroalimentación automatizada mediante módulos formativos que se activan ante determinadas respuestas de los pacientes que reciben atención clínica en la fundación. Por ejemplo, MindKey ofrece una herramienta de apoyo clínico para el abordaje del trauma en psicoterapia, un material educativo que se pone a disposición del terapeuta si alguno de sus pacientes presenta indicadores de experiencias adversas tempranas moderadas o graves.

De esta manera, se les proporciona a los terapeutas un contenido breve y práctico sobre la temática, así como recomendaciones generales para su abordaje, material de psicoeducación que se puede compartir con el paciente, fichas de trabajo que se pueden descargar y videos en los que se muestran intervenciones. Esta herramienta cumple tres funciones: (i) entregar una indicación personalizada a partir de las características de los pacientes; (ii) incentivar la psicoeducación de los terapeutas hacia los pacientes; y (iii) ofrecer educación continua y responsiva para los terapeutas, quienes reciben el material en un momento en que les resulta relevante. Esto último nos parece especialmente importan-

15 Para más información al respecto, véase <https://n9.cl/zoe9a>.

16 Para más información sobre las distintas líneas de intervención de la Fundación PsiConecta, véase <https://n9.cl/e8g90h>.

17 Desviación estándar.

te dada la disparidad en la formación que reciben los psicólogos en Chile y la falta de regulación sobre cómo continuar formándose tras obtener el título profesional. Esta experiencia ilustra cómo el ROM puede integrarse simultáneamente como herramienta clínica, formativa y de gestión, incluso en contextos con recursos limitados.

4. Propuestas para incorporar el monitoreo rutinario de resultados en el sistema de salud público chileno

Las recomendaciones recientes de la Dipres (2025) enfatizan la necesidad de avanzar hacia sistemas de información nominalizados, con indicadores robustos y comparables que permitan evaluar la efectividad de la oferta de salud mental. En este contexto, el monitoreo sistemático de resultados constituye una herramienta concreta para operacionalizar estas recomendaciones, al permitir la recolección continua de datos estandarizados a nivel individual, los cuales pueden agregarse para evaluar programas y políticas públicas.

La incorporación del ROM en el sistema público de salud chileno representa una oportunidad concreta para fortalecer la calidad de la atención en salud mental, favorecer intervenciones más personalizadas y avanzar hacia tratamientos más eficientes y centrados en las necesidades de las personas. No obstante, su implementación requiere considerar cuidadosamente las características estructurales, tecnológicas, culturales y organizacionales del sistema de salud del país, así como las percepciones, expectativas y preocupaciones de los y las profesionales que participan directamente en la atención clínica (Barkham et al., 2023; De Jong et al., 2023; Paz et al., 2025).

A partir de la revisión de la literatura y de las experiencias nacionales e internacionales previamente descritas, esta sección propone una serie de lineamientos orientados a una implementación gradual y sostenible del ROM en Chile.

4.1 Desafíos para la implementación del monitoreo rutinario de resultados en Chile

a) Desafíos culturales y de adopción clínica

Uno de los principales desafíos para la implementación del ROM es la disposición de los equipos clínicos a incorporar estas herramientas en su práctica cotidiana. La evidencia muestra que, en ausencia de una comprensión clara de su propósito, el ROM puede percibirse como una carga administrativa adicional o como un mecanismo

de evaluación externa de desempeño (Paz et al., 2025). Asimismo, algunos profesionales pueden experimentar resistencia al considerar que estos sistemas introducen una lógica excesivamente cuantitativa que no logra captar la complejidad del proceso terapéutico (Barkham et al., 2023).

Para abordar este desafío, resulta fundamental comunicar explícitamente a los equipos clínicos el sentido clínico del ROM, destacando su utilidad para apoyar la toma de decisiones, detectar tempranamente dificultades y ajustar los tratamientos. En esta línea, promover una cultura de retroalimentación orientada al aprendizaje, más que a la fiscalización, constituye un elemento clave para favorecer su adopción (Barkham et al., 2023). A su vez, es importante que los pacientes entiendan por qué se mide, quién tendrá acceso a esa información y cómo esta puede ser útil para el tratamiento.

b) Desafíos de formación y de competencias profesionales

Un segundo desafío relevante se relaciona con las competencias necesarias para utilizar los datos generados por el ROM de manera efectiva. La utilidad de estos sistemas depende no solo de la recolección de información, sino también de la capacidad de los profesionales para interpretarla, integrarla en el proceso terapéutico y utilizarla como base para la toma de decisiones clínicas (Barkham et al., 2023).

En el contexto chileno, este desafío se ve acentuado por la heterogeneidad en la formación de los psicólogos y por la ausencia de estándares nacionales obligatorios para la acreditación o la certificación de competencias clínicas. En este escenario, la capacitación continua y la incorporación de datos en los espacios de supervisión resultan fundamentales para evitar que el ROM se limite a un ejercicio de registro sin impacto clínico. Asimismo, la formación en el uso de estas herramientas permite fortalecer el desarrollo de habilidades clínicas y la reflexión sobre la práctica profesional (Barkham et al., 2023).

c) Desafíos organizacionales y de recursos

La implementación del ROM se inserta en un sistema de salud caracterizado por una alta carga asistencial y por limitaciones de recursos. En este contexto, existe el riesgo de que su incorporación incremente la sobrecarga de los equipos clínicos si no se acompaña de medidas de apoyo adecuadas (Paz et al., 2025). Para mitigar este riesgo, la evidencia sugiere la necesidad de contar con recursos específicos para su implementación, entre ellos

tiempo protegido, financiamiento y personal de apoyo. Una estrategia particularmente relevante es el *task-shifting* o delegación de funciones, mediante la cual el personal administrativo capacitado puede encargarse de la gestión técnica y del ingreso de datos, lo que permite que los clínicos se concentren en la interpretación y el uso de la información (Paz et al., 2025). Asimismo, el desarrollo de incentivos organizacionales que reconozcan el uso del ROM como una práctica valiosa en el quehacer clínico podría favorecer su adopción y su sostenibilidad.

d) Desafíos tecnológicos e infraestructura

Las limitaciones tecnológicas constituyen otro desafío relevante, especialmente en contextos con menor acceso a la conectividad o a dispositivos. Problemas asociados al funcionamiento de plataformas digitales, a la disponibilidad de equipos o al acceso a internet pueden dificultar la implementación sistemática del ROM (Paz et al., 2025). Frente a este escenario, resulta fundamental desarrollar sistemas simples, accesibles y adaptados a las condiciones locales, que permitan su uso tanto en formato digital como —cuando sea necesario— en formato físico. La evidencia sugiere que la flexibilidad en la implementación es un factor clave para la viabilidad de la intervención en diversos contextos (Paz et al., 2025).

e) Desafíos éticos, normativos y de confianza en el uso de datos

La implementación de sistemas de monitoreo también implica abordar preocupaciones relacionadas con la confidencialidad, la seguridad y el uso de los datos clínicos. Temores asociados a posibles fallas técnicas, errores de registro o al uso no autorizado de la información pueden generar resistencia tanto en profesionales como en pacientes (Paz et al., 2025). Para enfrentar este desafío, es necesario fortalecer los marcos normativos para la protección de datos sensibles, así como desarrollar procesos de capacitación que refuercen la confianza en estos sistemas. La transparencia en el uso de la información y la claridad respecto de sus objetivos son elementos fundamentales para su aceptación.

f) Desafíos de integración en el sistema de salud

Un uso efectivo del ROM requiere su integración en un sistema de atención articulado, en el que la información generada pueda compartirse y utilizarse de manera coherente entre distintos niveles de atención. Sin embargo, la fragmentación del sistema de salud dificulta el aprovechamiento de estos datos para la continuidad del cuidado y la toma de decisiones clínicas coordinadas (Paz et al., 2025). En este sentido, resulta necesario avanzar

en el desarrollo de protocolos comunes, acuerdos interinstitucionales y modelos de atención colaborativa que permitan utilizar la información de manera integrada, evitando su fragmentación y subutilización.

g) Desafíos de equidad y uso de variables contextuales

Un desafío crítico en la implementación de sistemas de ROM es la recolección e integración sistemática de variables clínicas, sociodemográficas y contextuales que permitan interpretar adecuadamente los resultados observados. La omisión de estas variables podría generar interpretaciones erróneas sobre el desempeño de los servicios, atribuyendo diferencias en los resultados a la calidad de la atención cuando, en realidad, estas pueden explicarse por las características y necesidades de las poblaciones atendidas (Errázuriz et al., 2026).

En el contexto chileno, caracterizado por importantes desigualdades sociales y territoriales, la ausencia de información contextual podría conducir a evaluaciones injustas y a una asignación inadecuada de recursos. Por ello, integrar de manera sistemática variables clínicas, demográficas y contextuales resulta fundamental para avanzar hacia evaluaciones más precisas, equitativas y útiles para la toma de decisiones en política pública.

Sobre la base de estos desafíos y estrategias, resulta fundamental avanzar hacia modelos de implementación progresiva que permitan evaluar su viabilidad en el contexto local.

h) Desafíos en la implementación a nivel sistémico y en la toma de decisiones

Actualmente, una proporción importante de las decisiones en salud mental se basa en indicadores de cobertura, como el número de atenciones o de egresos, sin contar con información sistemática sobre los resultados clínicos. Esta limitación restringe la capacidad del sistema para evaluar la efectividad real de las intervenciones y orientar la asignación de recursos de manera informada. Como lo ha demostrado el programa IAPT en Inglaterra (rebautizado posteriormente como NHS Talking Therapies, descrito en la sección 3.1) (Clark, 2018), la implementación del ROM permite avanzar hacia sistemas de información que integren datos sobre procesos y resultados, lo que facilita una gestión más eficiente y transparente. No obstante, para replicar estos beneficios estructurales en nuestro país, es necesario adaptar estas tecnologías a las realidades y recursos de los sistemas de salud latinoamericanos (Paz et al., 2025). Para ello,

se propone iniciar con experiencias piloto que permitan evaluar su viabilidad, identificar barreras y ajustar los modelos de implementación antes de su escalamiento.

5. Conclusiones y reflexiones finales

La evidencia revisada en este artículo demuestra que mejorar la salud mental en Chile requiere ir más allá de meramente ampliar la cobertura. Aunque garantizar el acceso siga siendo necesario, no basta para abordar la complejidad del problema. Por ello, además de aumentar la atención, es fundamental incorporar criterios explícitos de efectividad y calidad que aseguren que los tratamientos contribuyan al bienestar de quienes consultan.

Desde una perspectiva clínica, esta discusión no puede reducirse a una lógica instrumental o tecnocrática. El trabajo psicoterapéutico se sostiene, en gran medida, en la capacidad del terapeuta para escuchar, comprender y acompañar el sufrimiento subjetivo de la persona que consulta, así como los procesos de cambio que no siempre se manifiestan de forma inmediata en indicadores sintomáticos. Sin embargo, en el contexto de un sistema público con recursos limitados y una alta demanda insatisfecha, la pregunta por la efectividad y la eficiencia de la psicoterapia también adquiere una dimensión ética colectiva. No se trata de desatender la singularidad del encuentro clínico, sino de reconocer que cada decisión sobre los recursos disponibles tiene implicancias para quienes aún esperan atención y no logran acceder a tratamiento.

En este sentido, toda estrategia de medición implica necesariamente decisiones sobre qué dimensiones del cambio se vuelven visibles y cuáles permanecen fuera del registro sistemático. Aspectos centrales del proceso terapéutico, como el aumento de la agencia personal, la capacidad de mentalización, la reorganización narrativa o los cambios en la relación del paciente consigo mismo y con los demás, suelen ser más difíciles de operacionalizar y, por tanto, son incorporados menos frecuentemente en los sistemas de monitoreo. Reconocer estas limitaciones resulta fundamental para evitar una comprensión reduccionista del cambio terapéutico y sostener una discusión honesta sobre los alcances y límites del ROM.

Aun reconociendo estas limitaciones, la ausencia de medición sistemática no constituye una alternativa neutral. En contextos de alta demanda y recursos escasos, no contar con información sobre procesos y resultados limita la posibilidad de aprender de la práctica, corre-

gir ineficiencias y justificar de manera transparente y responsable las decisiones de asignación de recursos. Medir no implica reducir el sufrimiento humano a indicadores, sino asumir la responsabilidad ética de utilizar la mejor evidencia disponible para beneficiar no solo a quienes están actualmente en tratamiento, sino también a quienes aún no logran acceder a él. En este sentido, la decisión no debería ser medir o no medir, sino cómo hacerlo de manera clínica, contextualizada y reflexiva, evitando deshumanizar a pacientes y terapeutas, y manteniendo siempre presente a quienes siguen esperando una oportunidad de atención. En este marco, el ROM no debe entenderse únicamente como una mejora técnica de la práctica clínica, sino como una decisión estructural sobre cómo el sistema de salud mental define, observa y valora el cambio terapéutico.

Si bien es evidente que aún queda un largo camino por recorrer, es indispensable dar los primeros pasos en esta dirección y avanzar mediante experiencias piloto y evaluaciones progresivas de la implementación. Comenzar este proceso es el camino hacia transformaciones más profundas y la posibilidad de desarrollar políticas públicas que garanticen una atención más efectiva y eficiente para todas las personas.

Referencias

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. DOI 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- Barber, J. y Resnick, S. G. (2023). Collect, share, act: A trans-theoretical clinical model for doing measurement-based care in mental health treatment. *Psychological Services*, 20(2)(Suppl. 2), 150-157. DOI 10.1037/ser0000629.
- Barkham, M., De Jong, K., Delgadillo, J. y Lutz, W. (2023). Routine outcome monitoring (ROM) and feedback: Research review and recommendations. *Psychotherapy Research*, 33(7), 841-855. DOI 10.1080/10503307.2023.2181114.
- Bravo, D., Errázuriz, A., Contrucci, I. y Campos, D. (2025). *Termómetro de la Salud Mental en Chile ACHS-UC: Ronda undécima*. Centro de Estudios y Encuestas Longitudinales UC y Asociación Chilena de Seguridad.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. y Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424. DOI 10.1016/S2215-0366(16)30024-4.
- Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 159-183. DOI

10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833.

- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Harrer, M., Bašić, D., Cristea, I. A., de Ponti, N., Driessen, E., Hamblen, J., Larsen, S. E., Matbouriahi, M., Papola, D., Pauley, D., Plessen, C. Y., Pfund, R. A., Setkowski, K., Schnurr, P. P., van Ballegooijen, W., Wang, Y., Riper, H., van Straten, A., Sijbrandij, M., Furukawa, T. A. y Karyotaki, E. (2024). Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 23(2), 267-275. DOI 10.1002/wps.21203.
- De Jong, K., Delgadillo, J. y Barkham, M. (2023). *Routine outcome monitoring and feedback in psychological therapies*. McGraw-Hill Education.
- Delgadillo, J., Deisenhofer, A.-K., Probst, T., Shimokawa, K., Lambert, M. J. y Kleinstäuber, M. (2022). Progress feedback narrows the gap between more and less effective therapists: A therapist effects meta-analysis of clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(7), 559-567. DOI 10.1037/ccp0000747.
- Delgadillo, J., McMillan, D., Gilbody, S., de Jong, K., Lutz, W., Rubel, J., Aguirre, E. y Ali, S. (2021). Cost-effectiveness of feedback-informed psychological treatment: Evidence from the IAPT-FIT trial. *Behaviour Research and Therapy*, 142, 103873. DOI 10.1016/j.brat.2021.103873.
- D'Ignazio, C., y Klein, L. F. (2020). *Data feminism*. The MIT Press.
- Dipres (2025). Evaluación Sectorial de Salud Mental. Informe Final. Departamento de Evaluación, Transparencia y Productividad Fiscal. Santiago, Chile.
- Errázuriz, P., Vaccarezza, S., Opazo, S., Moggia, D. y Fischer, C. (2026). Who are we studying? Reporting practices and sample characteristics in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 1-14. DOI 10.1080/10503307.2026.2653991.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A. y Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: Una deuda pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. DOI 10.4067/S0034-98872015000900011.
- Fuentes, V., Errázuriz, P., Campos, S. y Miranda, D. (2023). Identificando las trayectorias de cambio terapéutico en psicoterapia breve en pacientes chilenos. *Terapia Psicológica*, 41(1), 1-18. DOI 10.4067/s0718-48082023000100001.
- Gloster, A. T., Rinner, M. T. B., Ioannou, M., Villanueva, J., Block, V. J., Ferrari, G., Benoy, C., Bader, K. y Karekla, M. (2020). Treating treatment non-responders: A meta-analysis of randomized controlled psychotherapy trials. *Clinical Psychology Review*, 75, 101810. DOI 10.1016/j.cpr.2019.101810.
- Gómez-Penedo, J. M., Manubens, R., Areas, M., Fernández-Álvarez, J., Meglio, M., Babl, A., Juan, S., Ronchi, A., Muiños, R., Roussos, A., Lutz, W. y Grosse Holtforth, M. (2023). Implementation of a routine outcome monitoring and feedback system for psychotherapy in Argentina: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 13, 1029164. DOI 10.3389/fpsyg.2022.1029164.
- Knapp, M. y Wong, G. (2020). Economics and mental health: The current scenario. *World Psychiatry*, 19(1), 3-14. DOI 10.1002/wps.20692.
- Laferrière, D., Tan, K. K., Douen, A. G., Gopaul, K., Wells, G. A. y Sampaio, F. (2023). Aspirin for the primary prevention of vascular ischemic events: An updated systematic review and meta-analysis to support shared decision-making. *CJC Open*, 5(12), 881-890. DOI 10.1016/j.cjco.2023.08.011.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. DOI 10.1037/a0030682.
- Lambert, M. J. y Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79. DOI 10.1037/a0022238.
- Lâver, J., McAleavey, A., Valaker, I., Castonguay, L. G., y Moltu, C. (2024). Therapists' and patients' experiences of using patients' self-reported data in ongoing psychotherapy processes—A systematic review and meta-analysis of qualitative studies. *Psychotherapy Research*, 34(3), 293-310.
- Lutz, W., Rubel, J. A., Schwartz, B., Schilling, V. y Deisenhofer, A.-K. (2019). Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103438. DOI 10.1016/j.brat.2019.103438.
- Ministerio de Educación (2022). Política de Reactivación Educativa Integral: Seamos comunidad. Disponible en <https://n9.cl/d0j28q>.
- Ministerio de Educación (2024). Informe 2024: Matrícula en educación superior en Chile. Disponible en <https://n9.cl/qi3u7>.
- Ministerio de Salud (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Disponible en <https://11nq.com/x1vosmm>.
- Ministerio de Salud (2021, 11 de mayo). Ley 21.331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Ministerio de Salud (2023). Cuenta pública 2023: Ministerio de Salud. Disponible en <https://n9.cl/xfra20>.
- Ministerio de Salud (2024). Construyendo salud mental. Disponible en <https://n9.cl/vhbbwc>.
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. DOI 10.1037/a0022161.

- OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico** (2021). A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health. OECD Publishing. DOI 10.1787/4ed890f6-en.
- Paz, C., Dogmanas, D. y Behn, A.** (2025). The time has come to implement routine outcome monitoring in mental health services across Latin America. *Frontiers in Public Health*, 13, 1557029. DOI 10.3389/fpubh.2025.1557029.
- Portilla-Saavedra, D., Castillo-Morales, K., Leiva-Gutiérrez, J., Moreno, V. y Casapia, T.** (2025). Prevalencia de atenciones de trastornos de salud mental de urgencia en Chile (2021-2023). *Terapia Psicológica*, 43(2), 183-201. DOI 10.4067/S0718-48082025000200183.
- Safran, J. D. y Muran, J. C.** (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J. y Smart, D. W.** (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 298-311. DOI 10.1037/a0019247.
- Superintendencia de Salud** (2024). Boletín N° 4 - 2024: Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. Disponible en <https://n9.cl/uoy3po>.
- Vigo, D., Thornicroft, G. y Atun, R.** (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. DOI 10.1016/S2215-0366(15)00505-2.

CÓMO CITAR ESTA PUBLICACIÓN:

Errázuriz, P., Fischer, C., Fuentes y V., Opazo, S. (2026). Potenciar la efectividad de la atención en salud mental: el aporte del monitoreo rutinario de resultados en psicoterapia. *Temas de la Agenda Pública*, 21(194), 1-14. Centro de Políticas Públicas UC.

Centro UC

Políticas Públicas



www.politicaspUBLICAS.uc.cl
politicaspUBLICAS@uc.cl

SEDE EDIFICIO PATIO ALAMEDA

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 440, piso 12, Santiago.
Teléfono (+56) 2 2354 6637.