

# **Modelos de Intersectorialidad en Salud Mental**

**Revisión documental**

Departamento de Estudios y Desarrollo  
Junio 2025

## Contenido

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| Introducción .....            | 3  |
| Marco conceptual .....        | 5  |
| Estrategia Metodológica ..... | 12 |
| Resultados .....              | 14 |
| Discusión .....               | 22 |
| Conclusiones .....            | 26 |

### **Figuras:**

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Diagrama 1: Dimensiones para el análisis de la intersectorialidad en salud mental..... | 11 |
| Tabla 1: Enfoques teóricos para modelos de intersectorialidad.....                     | 9  |
| Tabla 2: Modelos de implementación de políticas intersectoriales en salud mental.....  | 19 |

## Introducción

Durante la última década, el modelo de atención en salud mental ha recibido un creciente interés en la investigación de los sistemas de salud, debido a su relevancia en el abordaje de los determinantes sociales y comunitarios del bienestar. Esta situación se intensificó luego de la pandemia del COVID-19, que tuvo un impacto profundo en la salud mental de la población y evidenció las limitaciones de los sistemas existentes (OMS, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que los servicios de salud mental fueron los más interrumpidos entre todos los servicios esenciales durante la pandemia, lo que generó una alerta global sobre la necesidad de reformas estructurales (OMS, 2020). Se ha estimado que los síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático e insomnio afectaron a más del 40% de la población mundial en algún momento de la crisis sanitaria (Xiong et al., 2020).

En respuesta, diversos gobiernos han iniciado estrategias para reforzar la atención primaria en salud mental, modernizar la infraestructura, capacitar equipos y diseñar modelos de atención más integrados y centrados en la comunidad (OMS, 2021). Este giro hacia la atención primaria se enmarca en los principios de la cobertura universal de salud, que reconoce la necesidad de integrar servicios intersectoriales para garantizar acceso equitativo, continuidad del cuidado y respuestas centradas en las personas. Según la OMS, la atención primaria es el nivel más adecuado para organizar la respuesta intersectorial, ya que permite articular salud con educación, protección social, vivienda y justicia desde una lógica territorial, cercana a las necesidades de la población (WHO, 2022).

La intersectorialidad en salud se entiende como un proceso dinámico y estructurado de cooperación entre diversos sectores gubernamentales y no gubernamentales. Este proceso está orientado a diseñar y ejecutar políticas, programas y acciones conjuntas en salud, educación, vivienda, trabajo y medio ambiente. Su propósito es abordar los determinantes sociales de la salud y promover el bienestar integral, reconociendo que los problemas de salud son multifactoriales y requieren intervenciones integradas que trascienden el sector salud para lograr eficacia y sostenibilidad.

La literatura existente señala que los beneficios de la intersectorialidad en salud mental incluyen la posibilidad de abordar factores socioeconómicos, culturales y ambientales que contribuyen a la aparición y perpetuación de trastornos mentales (Plsek & Greenhalgh, 2001). Sin embargo, en la actualidad persisten importantes áreas de incertidumbre y falta de investigación que este trabajo pretende explorar.

A pesar del creciente reconocimiento de la intersectorialidad como un enfoque fundamental para abordar los complejos determinantes sociales que afectan la salud mental, persiste una aproximación conceptual insuficiente y una débil operacionalización de este concepto en el campo. Esta falta de claridad dificulta el diseño, la implementación y la evaluación de modelos efectivos de colaboración intersectorial que respondan a las necesidades reales y específicas de las poblaciones (Rasanathan et al., 2010; Diminic et al., 2015).

En el ámbito de la salud mental, la intersectorialidad suele abordarse de manera heterogénea y fragmentada, lo que conduce a estrategias dispersas, falta de coordinación efectiva entre sectores y dificultades para medir el impacto real de las intervenciones. Esta aproximación inadecuada se manifiesta en la escasez de indicadores claros, la ausencia de marcos teóricos homogéneos y la limitada documentación sobre los factores contextuales que facilitan o dificultan la implementación exitosa de estos modelos intersectoriales (Diminic et al., 2014; Fiorati, R et al., 2017; Wozney et al., 2017).

Como consecuencia, esta problemática limita significativamente el potencial de las políticas públicas y programas de salud mental para integrarse de forma sistémica con otros sectores clave, tales como educación, servicios sociales, justicia y empleo, los cuales son esenciales para un abordaje holístico, integral y sostenible del bienestar mental. Por ello, resulta indispensable clarificar y robustecer el concepto de intersectorialidad en salud mental, con el objetivo de avanzar hacia modelos más efectivos, evaluables y adaptables a diversos contextos socioculturales (Diminic et al., 2015; Marais & Petersen, 2015).

Esta investigación propone analizar cómo los modelos de implementación de la intersectorialidad en los sistemas de salud inciden en la superación o profundización de las barreras de acceso y coordinación presentes en las políticas públicas de salud mental. Para ello se parte del supuesto que los enfoques intersectoriales no son neutros ni homogéneos, y que sus efectos pueden variar según los diseños institucionales, las condiciones de contexto y la forma en que se articulan los actores involucrados.

A través de este supuesto, se busca identificar las barreras actuales que dificultan el acceso y la coordinación intersectorial en salud mental, describir los distintos modelos de implementación de la intersectorialidad en los sistemas de salud y evaluar críticamente sus efectos sobre dichas barreras. A partir del análisis, se aspira a proponer recomendaciones orientadas a fortalecer los modelos existentes, con el objetivo de mejorar la integración intersectorial y aumentar la efectividad de las respuestas en salud mental desde una perspectiva de equidad y sostenibilidad.

## Marco conceptual

### Definición

La intersectorialidad en salud mental se concibe en esta investigación como un proceso político-institucional complejo<sup>1</sup>, mediante el cual actores de sectores diversos (salud, educación, protección social, justicia, trabajo y vivienda) articulan esfuerzos para responder de forma integrada a los determinantes sociales que afectan el bienestar psicosocial (Plsek & Greenhalgh, 2001). Lejos de reducirse a una coordinación funcional entre dispositivos, este enfoque implica construir formas de gobernanza colaborativa en las que organizaciones autónomas pero interdependientes deliberan, negocian y actúan colectivamente para producir valor público en contextos marcados por la fragmentación, la desigualdad y la incertidumbre (Bryson, 2015).

Entendida así, la intersectorialidad exige condiciones específicas: voluntad política sostenida, estructuras de gobernanza flexibles pero consistentes, mecanismos formales de rendición de cuentas, recursos compartidos y dinámicas de confianza entre actores. Se trata de una práctica que no solo busca alinear intervenciones sectoriales, sino transformar las relaciones de poder, los marcos normativos y las culturas institucionales que configuran las respuestas públicas. En consecuencia, su implementación implica una negociación constante entre la preservación de la autonomía organizacional y la necesidad de actuar en clave colectiva frente a problemas que, por su complejidad, desbordan las capacidades de cualquier sector por separado.

### Barreras conceptuales

Un problema para entender el concepto de intersectorialidad en salud radica en sus distintos niveles semánticos, desde una base ética-filosófica hasta aplicaciones operativas concretas.

En su nivel más fundacional, se concibe como un principio normativo de *justicia social y equidad en salud*, enraizado en valores éticos y derechos humanos. Desde esta perspectiva, promovida por organismos como la OMS y la OPS, la intersectorialidad representa un

---

<sup>1</sup> Entender la intersectorialidad como un proceso político-institucional complejo implica reconocer que su implementación no puede abordarse mediante lógicas lineales ni reduccionistas. Desde la perspectiva de la teoría de la complejidad en salud, los sistemas sanitarios se conciben como sistemas adaptativos complejos (SAC), en los que múltiples actores, niveles institucionales y entornos interactúan de forma dinámica, no predecible y altamente contextual (Plsek & Greenhalgh, 2001). En este marco, la intersectorialidad no es una variable técnica controlable, sino un proceso emergente que requiere adaptabilidad, aprendizaje institucional continuo, construcción de confianza y capacidad de coordinación en contextos de incertidumbre.

imperativo moral orientado a reducir desigualdades estructurales mediante la acción coordinada sobre los determinantes sociales de la salud mental (OPS, 2015).

En un segundo nivel, se configura como un enfoque, es decir, un *marco interpretativo o lente analítico* que permite comprender los problemas complejos de salud desde la interdependencia entre sectores, incorporando dimensiones institucionales, relacionales y contextuales (Greenhalgh et al., 2005; Rasanathan et al., 2010; Bryson et al., 2015). Este enfoque informa diagnósticos y orienta el diseño de modelos de atención integrados.

En un plano más instrumental, la intersectorialidad se operacionaliza como una estrategia, entendida como un *conjunto de mecanismos deliberados de coordinación*, participación y planificación conjunta entre actores sectoriales, dirigida a generar valor público y fortalecer la gobernanza colaborativa (Moore, 1995; Ansell & Gash, 2008; Mitchell et al., 2012; Corbin et al., 2018).

Finalmente, en su expresión más concreta, se traduce en una política pública, es decir, en *intervenciones institucionalizadas y normadas por el Estado* que regulan la implementación de dispositivos intersectoriales mediante leyes, programas y presupuestos, ajustados a contextos territoriales específicos (Damari et al., 2021; WHO, 2023; Guerrero et al., 2024).

Otro problema relacionado con su alcance es la confusión con el enfoque multisectorial, lo que dificulta el diseño adecuado de políticas públicas. Mientras el enfoque multisectorial alude a la participación simultánea de varios sectores sin coordinación estructurada, la intersectorialidad implica una acción conjunta, con planificación integrada, metas compartidas y estructuras de gobernanza colaborativa. Esta distinción, clarificada por los aportes teóricos revisados, permite avanzar hacia modelos de intervención más coherentes y sostenibles (OPS, 2015).

## Enfoques teóricos

La comprensión de los procesos de colaboración intersectorial en políticas públicas de salud mental requiere el análisis desde diversos marcos teóricos que permitan dar cuenta de su complejidad institucional, estratégica y relacional. Si entendemos la intersectorialidad como una forma específica de acción pública colaborativa, que se sostiene en principios, estructuras y dinámicas, es necesario poder examinar los cuerpos teóricos que nos permiten esta definición.

En primer lugar, la *teoría de la acción colectiva* (Olson, 1965) permite comprender las dificultades inherentes a la cooperación entre actores con intereses divergentes, incentivos individuales incompatibles o relaciones históricas de competencia. Este marco destaca los riesgos del comportamiento oportunista, la falta de compromiso

sostenido y la debilidad de los mecanismos de coordinación, todos elementos que afectan la efectividad de los acuerdos intersectoriales.

Desde la *teoría institucional* (DiMaggio y Powell, 1983), se enfatiza el papel que juegan las normas, estructuras y trayectorias organizativas en la configuración de las posibilidades de acción intersectorial. Esta perspectiva permite entender cómo las lógicas profesionales, los marcos normativos y los patrones de legitimidad condicionan la capacidad de los actores para colaborar y adaptarse a nuevas formas de gobernanza.

Luego la *teoría de los stakeholders* (Freeman, 1984) ofrece un marco fundamental para identificar y clasificar a los actores que pueden afectar o verse afectados por una política pública. Desde esta perspectiva, los procesos de colaboración requieren mapear y gestionar estratégicamente los intereses, recursos, influencias y expectativas de los distintos actores involucrados, reconociendo su capacidad de condicionar o facilitar las decisiones.

Por su parte, la *teoría del valor público* (Moore, 1995) ofrece un horizonte normativo para evaluar las iniciativas intersectoriales, al proponer que la acción gubernamental debe orientarse a la creación de valor compartido, entendido como la generación de beneficios sociales legítimos, sostenibles y relevantes. En este sentido, la colaboración no se justifica solo por eficiencia, sino por su capacidad de producir resultados socialmente valiosos, mejorar la legitimidad institucional y fortalecer las capacidades colectivas.

En un plano más estratégico, la *teoría del cambio organizacional* de Kotter (1996) aporta herramientas para comprender cómo se desarrollan e institucionalizan procesos de transformación colaborativa. Su enfoque en etapas como la creación de una coalición de liderazgo, la construcción de una visión común, la generación de resultados a corto plazo y la consolidación del cambio, permite analizar cómo se gestionan las transiciones hacia modelos intersectoriales más integrados y sostenibles.

Un sexto aporte que pesquiza este estudio proviene del *enfoque de gobernanza colaborativa*, desarrollado por autores como Ansell y Gash (2008), que conceptualiza la colaboración como un proceso institucionalizado de toma de decisiones compartidas entre actores públicos, privados y comunitarios. Este modelo plantea que la creación de valor público en contextos complejos requiere reglas claras, participación equitativa, diálogo deliberativo y compromiso mutuo.

Una propuesta teórica relevante es la de Bryson (2004, 2015), quien combina enfoques estratégicos para diseñar, analizar y fortalecer la colaboración intersectorial. Su planteamiento integra herramientas de diagnóstico, planificación adaptativa y análisis de actores, orientadas a gestionar dinámicas complejas y generar valor público mediante la cooperación entre sectores en contextos institucionales fragmentados (Bryson, 2004; Bryson et al., 2015).

Por otro lado, la OPS (2015) enfatiza que la intersectorialidad no solo es una estrategia de eficiencia institucional, sino un enfoque orientado a la equidad, cuyo objetivo último es transformar las condiciones estructurales que generan desigualdades en salud. Desde esta mirada, la intersectorialidad debe tener un compromiso explícito con la justicia social, la participación comunitaria y la redistribución del poder entre sectores y actores sociales. Implica trabajar no solo “con” otros sectores, sino “en” otros sectores, transformando sus marcos de decisión, prioridades y formas de producción de políticas públicas. Para ello, se requieren capacidades técnicas, políticas y simbólicas, así como institucionalidades flexibles capaces de adaptarse a distintos territorios y culturas políticas.

La Tabla 1 muestra cómo distintos enfoques teóricos han contribuido a entender la intersectorialidad en salud mental. Estos enfoques no surgen de forma aislada, sino que se van sumando y complementando entre sí para responder a los desafíos que enfrentan los sistemas de salud. Por ejemplo, la teoría de la acción colectiva destaca los problemas de coordinación entre actores con intereses distintos. Luego, la teoría institucional ayuda a comprender cómo las reglas y estructuras formales influyen en el funcionamiento de las organizaciones. Más adelante, se incorporan enfoques como el de stakeholders y el valor público, que destacan la necesidad de incluir a múltiples actores y de generar legitimidad en las políticas públicas. Otros enfoques, como el del cambio organizacional y la gobernanza colaborativa, ponen énfasis en la importancia de gestionar transformaciones en contextos complejos y promover modelos de trabajo más horizontales.

Finalmente, se integran perspectivas más actuales como el enfoque estratégico, que propone adaptarse a escenarios inciertos, y el de equidad y justicia social, que recalca que la salud es un derecho y debe abordarse considerando las condiciones sociales estructurales. En conjunto, estos marcos ayudan a comprender mejor cómo construir políticas intersectoriales más efectivas y justas en salud mental.



Tabla 1: Enfoques teóricos para modelos de intersectorialidad

| Enfoque Teórico                                 | Contexto que le dio origen o impulso                                                                      |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teoría de la Acción Colectiva (Olson, 1965)     | Problema del compromiso en bienes públicos y coordinación entre actores con intereses divergentes.        |
| Teoría Institucional (DiMaggio & Powell, 1983)  | Isomorfismo organizacional, burocratización, necesidad de entender reglas y estructuras formales.         |
| Teoría de Stakeholders (Freeman, 1984)          | Gestión estratégica en contextos con múltiples actores influyentes.                                       |
| Teoría del Valor Público (Moore, 1995)          | Reformas del Estado orientadas a eficiencia y legitimidad; crítica al enfoque gerencial clásico.          |
| Teoría del Cambio Organizacional (Kotter, 1996) | Necesidad de implementar reformas sostenidas y gestionar resistencia al cambio en burocracias públicas.   |
| Gobernanza Colaborativa (Ansell & Gash, 2008)   | Necesidad de modelos horizontales, participativos y sostenibles en políticas públicas complejas.          |
| Enfoque Estratégico (Bryson, 2015)              | Gestión adaptativa en contextos fragmentados; planificación en escenarios inciertos.                      |
| Enfoque de Equidad y Justicia Social (OPS/OMS)  | Reconocimiento de la salud como derecho y necesidad de actuar sobre determinantes sociales estructurales. |

Fuente: Elaboración Propia

Tanto Bryson como la OPS coinciden en que la efectividad de la intersectorialidad depende de su capacidad de producir valor público sostenido. Esto no se limita a resultados cuantificables (como mayor cobertura o eficiencia), sino que incluye la mejora en la calidad de las relaciones interinstitucionales, la participación significativa de actores excluidos, el fortalecimiento de capacidades estatales y comunitarias, y la creación de legitimidad para enfrentar problemas públicos complejos.

En el caso de la salud mental, esto se traduce en la necesidad de modelos de atención integrados, con enfoque de derechos, sensibles al territorio y culturalmente pertinentes, capaces de articular respuestas entre servicios clínicos, redes comunitarias, sistemas de protección social y dispositivos educativos, laborales y de justicia.

### Modelo teórico de análisis

Tal como se aprecia en el Diagrama 1, para operacionalizar *el enfoque*<sup>2</sup> de *gobernanza colaborativa*<sup>3</sup> en el análisis de políticas públicas en salud mental, esta investigación propone un conjunto de cinco dimensiones analíticas interrelacionadas que permiten examinar de

<sup>2</sup> Enfoque es entendido como un *marco interpretativo o lente analítica* que permite comprender los problemas complejos de salud desde la interdependencia entre sectores, incorporando dimensiones institucionales, relacionales y contextuales

<sup>3</sup> Define la intersectorialidad como un proceso institucionalizado de toma de decisiones conjunta, basado en la confianza, participación equitativa y reglas claras para coordinar acciones en contextos de fragmentación institucional.

forma estructurada los procesos de implementación de la intersectorialidad al igual que los factores que inciden en ellas.

La primera dimensión se refiere a *las barreras* estructurales, institucionales y simbólicas que dificultan la coordinación entre sectores, factores tales como la fragmentación normativa, el escaso financiamiento, las culturas profesionales cerradas y el estigma asociado a la salud mental.

En segundo lugar, se analizan *los facilitadores*, es decir, los factores que hacen posible o promueven la colaboración efectiva, incluyendo la voluntad política, los marcos legales habilitantes, la existencia de redes previas, los recursos compartidos y el liderazgo distribuido.

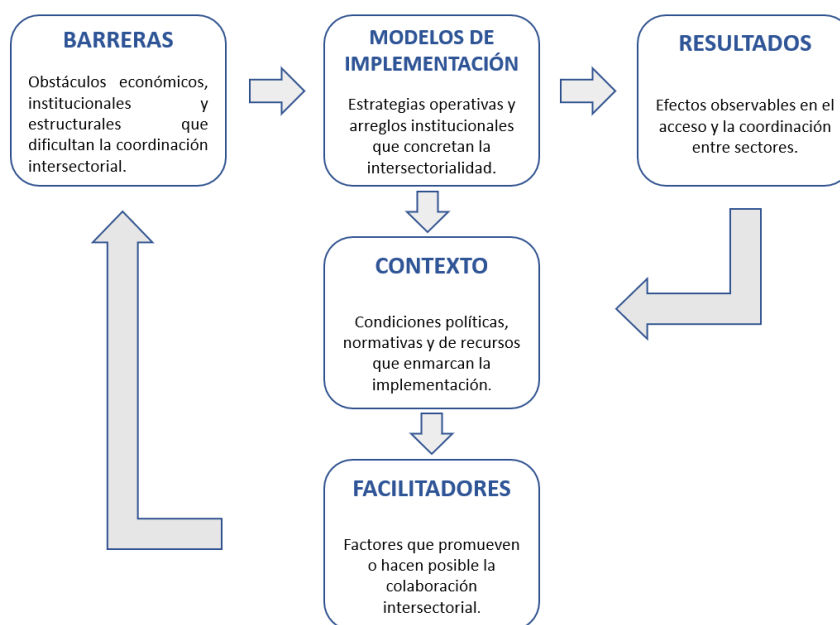
La tercera dimensión aborda los *modelos de implementación*, entendidos como los dispositivos institucionales, estrategias operativas y arreglos organizativos que permiten traducir los principios intersectoriales en prácticas sostenibles, adaptables y evaluables.

En cuarto lugar, *el contexto político e institucional* se considera clave para comprender las condiciones de posibilidad de la intersectorialidad, incluyendo factores tales como su anclaje normativo, los equilibrios de poder y las capacidades estatales.

Finalmente, se incorpora la dimensión de *los resultados*, que permite evaluar los efectos de estas iniciativas en términos de acceso, equidad, articulación intersectorial y sostenibilidad.

El análisis conjunto de estas cinco dimensiones permite identificar los factores que inciden en la efectividad de las políticas intersectoriales, para evaluar su capacidad de transformar las estructuras fragmentadas que históricamente han limitado la respuesta pública en salud mental.

Diagrama 1: Dimensiones para el análisis de la intersectorialidad en salud mental



Fuente: Elaboración Propia

En síntesis, el marco conceptual de esta investigación concibe la intersectorialidad como una forma compleja de gobernanza colaborativa orientada a la equidad en salud mental. No se trata solo de una técnica de gestión, sino de un proceso político-institucional que busca construir valor público transformador mediante la cooperación sostenida entre sectores diversos. Para comprender su potencial y limitaciones, es necesario analizar simultáneamente sus condiciones de posibilidad, sus formas organizativas y sus efectos en los sujetos y territorios.

## Estrategia Metodológica

Esta investigación adopta un enfoque de revisión narrativa, temática e interpretativa. Esta elección metodológica se debe a la necesidad de abordar un fenómeno complejo como la intersectorialidad en salud mental, que implica múltiples dimensiones institucionales, políticas y socioculturales. A diferencia de enfoques más restrictivos, la revisión narrativa permite integrar distintos tipos de evidencia (empírica, teórica y contextual), mientras que el análisis temático e interpretativo facilita la identificación de patrones, tensiones y vacíos relevantes para la formulación de políticas públicas (Popay et al., 2006; Thomas & Harden, 2008; Greenhalgh et al., 2005).

Se consideraron artículos científicos originales, revisiones sistemáticas, de alcance y narrativas exploratorias, así como documentos técnicos elaborados por organismos internacionales. Los textos debían estar disponibles en texto completo, haber sido publicados entre los años 2000 y 2024, y estar redactados en español o inglés.

Se excluyeron opiniones, editoriales, documentos sin base empírica, estudios enfocados exclusivamente en áreas distintas a la salud mental o sin relación clara con la intersectorialidad, así como textos sin acceso completo o fuera del periodo temporal establecido.

Se seleccionaron inicialmente 135 documentos según los criterios de inclusión establecidos. Posteriormente, se excluyeron 23 por no cumplir con los criterios: 6 por estar repetidos, 4 por no contar con acceso a texto completo, 3 por estar redactados en idiomas distintos al español o inglés, y 60 por no abordar específicamente la intersectorialidad en salud mental. La etapa final de selección incluyó 45 artículos seleccionados en una revisión cruzada realizada por pares investigadores para asegurar la pertinencia y calidad de los textos incluidos.

La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos académicas internacionales reconocidas como PubMed, Scopus, Web of Science y Google Scholar. Asimismo, se revisaron repositorios institucionales, bibliotecas digitales y literatura gris relevante, con el fin de asegurar una cobertura exhaustiva y representativa de la producción científica e institucional.

La información recopilada fue organizada temáticamente en función de cinco dimensiones analíticas interrelacionadas:

- a) Barreras
- b) Facilitadores
- c) Modelos de implementación

- d) Contexto político e institucional y
- e) Resultados en acceso y coordinación.

Esta estructura permitió una lectura crítica e interpretativa del corpus documental, orientada a identificar patrones, tensiones y vacíos en la literatura, así como a extraer implicancias relevantes para el diseño de políticas públicas más efectivas y sostenibles en el ámbito de la salud mental intersectorial.

## Resultados

Los hallazgos de esta revisión permiten identificar tendencias relevantes y contrastes en las formas en que distintos países han abordado la intersectorialidad en salud mental. La información extraída se sistematizó atendiendo a ejes recurrentes en la literatura, lo que permitió relevar barreras persistentes, factores habilitantes, configuraciones institucionales y efectos observados sobre la coordinación y el acceso. Más allá de la categorización analítica, los resultados muestran cómo ciertos arreglos contextuales y políticos inciden de forma decisiva en la capacidad de los sistemas de salud para implementar colaboraciones sostenidas. Finalmente, se presentan experiencias concretas que permiten ilustrar respuestas institucionales diversas, con implicancias directas para la reflexión y el rediseño de políticas públicas en contextos como el chileno.

### a) Barreras para la intersectorialidad en salud mental

La literatura internacional consultada identifica un conjunto de barreras comunes que dificultan la implementación efectiva de políticas intersectoriales en salud mental. Entre las más recurrentes se encuentran las limitaciones financieras, manifestadas en presupuestos insuficientes para programas integrados, asignaciones sectoriales que no contemplan acciones conjuntas y la inexistencia de mecanismos estables de cofinanciamiento entre instituciones. Esta restricción presupuestaria impide la sostenibilidad de las intervenciones colaborativas, genera dependencia de fondos externos o donaciones, y limita la posibilidad de planificar estrategias a mediano y largo plazo (Jaguga, 2020; Faydi et al., 2011).

Asimismo, la escasez de recursos humanos especializados, en combinación con la alta rotación de profesionales, dificulta la consolidación de equipos intersectoriales con experiencia acumulada y continuidad operativa. La falta de personal con formación en enfoques colaborativos impide el desarrollo de dinámicas estables entre sectores, y la rotación frecuente obstaculiza el fortalecimiento de la confianza, la coordinación sostenida y la memoria institucional (Kamali et al., 2020; Tahira et al., 2024).

A ello se suma la fragmentación institucional y normativa, que constituye una barrera estructural crítica para la implementación de políticas intersectoriales en salud mental. Esta fragmentación se expresa, en primer lugar, en la ausencia de marcos regulatorios comunes que establezcan principios compartidos, protocolos operativos y responsabilidades vinculantes entre los sectores involucrados. En su lugar, cada ministerio o agencia actúa según sus propios marcos legales, ciclos presupuestarios y prioridades estratégicas, lo que

dificulta la alineación de objetivos, desincentiva la colaboración formal y refuerza lógicas sectoriales cerradas (Mitchell et al., 2012; Hall et al., 2019).

Esta desarticulación se agrava con la superposición de competencias entre instituciones, especialmente en ámbitos como la protección social, la atención primaria en salud, la salud mental comunitaria y los servicios judiciales o de infancia. Estas zonas grises generan ambigüedad en la distribución de funciones, donde las responsabilidades se diluyen o se duplican, afectando la eficiencia operativa y debilitando la rendición de cuentas. En lugar de facilitar sinergias, esta situación fomenta conflictos jurisdiccionales, retrasa la implementación de acciones conjuntas y expone a los usuarios a recorridos fragmentados entre dispositivos que no se comunican entre sí (Kristensen, et al., 2019; Semrau et al., 2015; Chen, Zhang, & Wu, 2023).

Otra barrera crítica documentada es la baja interoperabilidad entre sistemas de información, tanto en términos técnicos como normativos, lo que impide compartir datos relevantes para la atención integral, dificulta el seguimiento de trayectorias de usuarios entre sectores y limita la generación de evidencia comparada que permita evaluar el impacto real de las políticas intersectoriales. Esta desconexión reduce la capacidad del Estado para diseñar estrategias basadas en datos y coordinar intervenciones de manera efectiva (Gater et al., 2025; Saraceno et al., 2007).

Finalmente, el débil reconocimiento institucional al trabajo colaborativo es una consecuencia de las prácticas burocráticas del Estado. Esto se traduce en ausencia de incentivos, escasa capacitación interprofesional y una cultura sectorial cerrada que privilegia la lógica biomédica sobre la atención integrada (Heath et al., 2014; Faydi et al., 2011; Thornicroft & Tansella, 2013; Broke-Summer et al., 2016; Saunders et al., 2022).

Estas limitaciones estructurales impiden articular respuestas coherentes frente a determinantes sociales complejos y reproducen una lógica de atención fragmentada, episódica y centrada en la crisis, lo cual obstaculiza la continuidad del cuidado, la equidad en el acceso y la eficacia de las políticas de salud mental (Fjellfeldt, 2022; Skar et al., 2024).

Un factor estructural crítico es la persistencia de mecanismos de financiamiento centrados en prestaciones individuales y atención biomédica especializada, que no se ajustan al modelo comunitario. En contextos como Chile, esta lógica restringe la implementación de estrategias territoriales e intersectoriales, al no ofrecer incentivos financieros ni autonomía local para el desarrollo de dispositivos comunitarios (Toro-Devia et al., 2024).

## b) Facilitadores y condiciones institucionales para su implementación

A pesar de las múltiples barreras documentadas, la evidencia internacional indica que existen condiciones institucionales, políticas y culturales que pueden facilitar la implementación efectiva de estrategias intersectoriales en salud mental. Uno de los factores más recurrentes es la voluntad política sostenida por parte de las autoridades nacionales y locales, que permite generar marcos de gobernanza favorables, asegurar recursos y legitimar la cooperación entre sectores (Faydi et al., 2011; WHO, 2013; Shankardass et al., 2018).

La co-localización de servicios, es decir, la presencia de múltiples dispositivos institucionales en un mismo espacio físico, ha sido destacada como una práctica que favorece la coordinación operativa, mejora el acceso y promueve una atención más centrada en la persona (Tahira, 2024; WHO, 2021, Hall et al., 2019). La implementación de estructuras compartidas y espacios de contacto frecuente entre profesionales de distintas agencias potencia la coordinación continua, especialmente frente a situaciones clínicas complejas (Corbin et al., 2018). Por ejemplo, el modelo MOSAIC en Cataluña demuestra que la co-localización de servicios, como espacios de rehabilitación, clubes sociales y asesoría laboral, facilita la interacción cotidiana entre equipos intersectoriales, agiliza el proceso de derivación y favorece una atención integral centrada en la recuperación del usuario (Cano-Prieto et al., 2023).

Asimismo, el establecimiento de alianzas comunitarias y la articulación con organizaciones de base han demostrado ser claves para adaptar las políticas a las realidades territoriales, fortalecer la participación y generar confianza entre usuarios y prestadores (Gustafsson BM & Korhonen, 2022). Estas alianzas permiten conectar intervenciones de salud mental con actores educativos, sociales y locales, fortaleciendo la pertinencia cultural y la sostenibilidad de las acciones. Experiencias documentadas en países como Irán y Noruega muestran que la vinculación activa de comunidades y ministerios, a través de estructuras de gobernanza participativa, facilita la implementación efectiva de modelos intersectoriales (Damari et al., 2021; Skar et al., 2024).

Otro facilitador fundamental es la capacitación conjunta entre profesionales de distintos sectores, que permite desarrollar un lenguaje común, comprender los marcos institucionales del otro y construir una cultura de trabajo colaborativo (Acero-Gonzalez, 2022). Esta dimensión se ve reforzada por la existencia de liderazgos distribuidos, es decir, referentes técnicos o administrativos que impulsan la coordinación más allá de jerarquías formales, actuando como nodos de conexión entre sectores (Kamali et al., 2020; Overbeck, et al., 2016)



Estudios también subrayan la relevancia de una cultura organizacional positiva, basada en el respeto mutuo, la comunicación horizontal y la flexibilidad operativa. Estos elementos contribuyen a sostener vínculos interinstitucionales estables, incluso en contextos de alta rotación de personal o inestabilidad política (Nicaise, 2020; Mitchell et al., 2012). Finalmente, en entornos vulnerables, la incorporación de saberes locales y el reconocimiento de las prácticas comunitarias se posicionan como condiciones críticas para asegurar la legitimidad, pertinencia y sostenibilidad de las intervenciones intersectoriales (Skar et al., 2024; Damari et al., 2021).

### c) Modelos de implementación

La literatura revisada muestra una amplia variedad de modelos de implementación intersectorial en salud mental, evidenciada tanto en estudios de caso como en revisiones sistemáticas y evaluaciones comparadas. Esta diversidad responde a la necesidad de adaptar los enfoques a distintos contextos institucionales, poblacionales y territoriales, así como a las capacidades estatales y comunitarias existentes. Por ejemplo, Skar et al. (2024) destacan cómo las configuraciones intersectoriales varían sustancialmente en función del grado de descentralización y de los recursos disponibles; Por lo que se requiere de mecanismos flexibles de articulación local. Asimismo, Damari et al. (2021) analizan casos de éxito en países de ingresos medios donde la cooperación interministerial fue clave para generar modelos adaptativos y sostenibles.

Las revisiones disponibles coinciden en que no existe un único modelo replicable, sino un conjunto de estrategias complementarias que se configuran en función de las trayectorias históricas de colaboración, el liderazgo político y las capacidades de la sociedad civil. En este sentido, Brocke-Summer et al. (2016) identifican configuraciones basadas en estructuras comunitarias de salud, mientras que Asmare et al. (2024) subrayan la importancia de redes intersectoriales que emergen desde la práctica cotidiana de los profesionales de primera línea. Un ejemplo reciente de integración intersectorial en contextos urbanos vulnerables es el Harlem Strong Program<sup>4</sup> en Nueva York (Ngo et al., 2024), que articula atención primaria, servicios de vivienda y organizaciones comunitarias mediante un modelo escalonado de intervención basada en colaboración comunitaria.

Por otro lado, existen modelos de tipo territorial o comunitario, que se basan en principios de accesibilidad, recuperación y justicia social. En estos casos, los servicios de salud mental se vinculan estrechamente con organizaciones sociales, educativas y judiciales, generando equipos de atención intersectorial integrados (Gater et al., 2015; Alto et al., 2022). Un

---

<sup>4</sup> <https://harlem-strong.org/>

ejemplo relevante es el programa Partners in Recovery en Australia, que implementó redes colaborativas entre múltiples sectores para mejorar la continuidad del cuidado y adaptar las intervenciones a las trayectorias de personas con necesidades psicosociales complejas, reforzando la cercanía con el usuario y una respuesta centrada en la comunidad (Isaacs, 2022; Henderson et al., 2019).

Estos modelos destacan por su flexibilidad, la proximidad al entorno del usuario y su capacidad de responder a determinantes sociales complejos, como la violencia, la exclusión educativa o la falta de vivienda (Mitchell et al., 2012). En contextos de escasez de recursos, algunos países han adoptado estrategias como el task-sharing (tarea compartida), donde agentes comunitarios o personal no especializado asumen funciones básicas de salud mental bajo supervisión técnica, permitiendo extender la cobertura intersectorial en zonas rurales o con alta carga de enfermedad (Asmare et al., 2024).

Asimismo, se han implementado modelos integrados de atención a primera infancia y salud mental, especialmente en contextos vulnerables, donde el trabajo conjunto entre salud, educación y bienestar social es clave para mitigar impactos psicosociales en la niñez. Estas experiencias destacan la importancia de establecer marcos colaborativos claros y sostenidos entre instituciones, con protocolos compartidos y mecanismos de seguimiento conjunto (Jørgensen, & Karlsson, 2025; Fjellfeldt, 2022).

Un ejemplo destacado de innovación en el abordaje intersectorial de poblaciones vulnerables es el modelo Housing First, que facilita el acceso inmediato a vivienda permanente sin condicionar la participación en tratamientos previos o abstinencia. Modelos como Pathways to Housing<sup>5</sup> y el estudio At Home Chez-Soi<sup>6</sup> han mostrado resultados sostenibles: reducción de la falta de vivienda entre un 73 % y 88 %, mejoras en la estabilidad habitacional, disminución de hospitalizaciones y visitas a emergencias, y mayor autonomía personal (Nicholls et al., 2015; Aubry et al., 2015).

Otros enfoques se han centrado en la creación de espacios institucionales compartidos — como centros comunitarios integrados o servicios de atención única — que permiten la co-localización de actores sectoriales diversos, reduciendo las barreras de acceso y aumentando la continuidad del cuidado (Lachaud et al., 2021; Simonetti et al., 2020; Corbin, 2018). No obstante, varios de estos modelos siguen enfrentando desafíos de sostenibilidad, debido a la falta de institucionalización formal, evaluaciones limitadas y dependencia de liderazgos personales o financiamiento externo (Lee, et al., 2023; Nicaise, 2021; Saunder et al., 2022).

---

<sup>5</sup> <https://www.pathwayshousingfirst.org/>

<sup>6</sup> <https://mentalhealthcommission.ca/what-we-do/at-home/>

Como podemos observar en la Tabla 2, la revisión de la literatura evidencia una diversidad significativa de modelos de implementación intersectorial en salud mental, reflejo de las múltiples formas en que distintos países y territorios han buscado articular esfuerzos entre sectores para responder a los determinantes sociales y estructurales de los problemas de salud mental. Estos modelos no son mutuamente excluyentes, sino que se configuran como estrategias adaptativas a contextos institucionales, niveles de desarrollo, recursos disponibles y trayectorias históricas de colaboración.

*Tabla 2: Modelos de implementación de políticas intersectoriales en salud mental*

|                                                                   |                                                                                                                               |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Modelos de cooperación interministerial                           | Enfocados en la articulación entre ministerios o agencias gubernamentales.                                                    | Damari et al., 2021                                           |
| Modelos basados en estructuras comunitarias de salud              | Se apoyan en redes locales ya existentes y participación comunitaria activa.                                                  | Brocke-Summer et al., 2016                                    |
| Modelos emergentes desde la práctica profesional de primera línea | Redes intersectoriales espontáneas creadas por profesionales locales.                                                         | Asmare et al., 2024; Harlem Strong Program, Ngo et al., 2024  |
| Modelos territoriales o comunitarios integrados                   | Vinculan salud mental con educación, justicia y servicios sociales, orientados a la equidad y la justicia social.             | Gater et al., 2015; Alto et al., 2022; Henderson et al., 2019 |
| Modelos de task-sharing (tarea compartida)                        | Basados en la redistribución de funciones a personal no especializado en contextos de escasos recursos.                       | Asmare et al., 2024                                           |
| Modelos centrados en la primera infancia y contextos vulnerables  | Intervenciones conjuntas de salud, educación y servicios sociales para abordar impactos psicosociales desde etapas tempranas. | Jurgensen & Karlsson, 2025; Fjellfeldt, 2022                  |
| Modelos de vivienda primero (Housing First)                       | Proveen vivienda sin requisitos previos y vinculan atención social y de salud mental.                                         | Nicholls et al., 2015; Aubry et al., 2015                     |
| Modelos de co-localización institucional                          | Espacios físicos compartidos por diferentes sectores para atención integral y continuidad del cuidado.                        | Lachaud et al., 2021; Simonetti et al., 2020; Corbin, 2018    |

Fuente elaboración propia

#### d) Contexto político e institucional

La revisión de la literatura muestra que, aunque la intersectorialidad en salud mental es reconocida como un principio rector en múltiples marcos normativos y estratégicos a nivel internacional, su concreción efectiva enfrenta severas limitaciones institucionales. En diversos países, el enfoque intersectorial aparece formalmente en planes de salud mental, estrategias nacionales o políticas sociales; sin embargo, rara vez se acompaña de estructuras de gobernanza específicas, financiamiento dedicado o mecanismos institucionalizados de rendición de cuentas (Rawlinson et al., 2021; Li et al., 2023)

Esta brecha entre el diseño normativo y la ejecución operativa se acentúa en contextos donde predominan modelos estatales centralizados o fragmentados, y donde las decisiones sectoriales no están articuladas por marcos interministeriales efectivos. La ausencia de una autoridad coordinadora con atribuciones vinculantes dificulta la toma de decisiones conjuntas y el seguimiento coordinado de políticas compartidas (Gustafsson et al., 2022; Nicaise, 2020).

Además, en territorios marcados por desigualdad estructural, pobreza o ruralidad, la implementación intersectorial enfrenta restricciones severas por su dependencia de financiamiento externo o de proyectos piloto de duración acotada. Esta condición ha sido documentada en países de bajos y medianos ingresos, donde los programas intersectoriales muchas veces dependen de donantes internacionales y presentan dificultades para escalar o institucionalizarse (Damari et al., 2021). Esta inestabilidad financiera y política compromete la sostenibilidad de las iniciativas, que suelen depender de la voluntad de actores locales más que de una política de Estado, lo que genera discontinuidades cuando cambian las autoridades o se agotan los fondos de cooperación (Asmare et al., 2024; Brocke-Summer et al., 2016).

Incluso en países de altos ingresos como Canadá o Australia, los estudios señalan que la colaboración intersectorial se desarrolla principalmente en el plano operativo o técnico — por ejemplo, entre equipos locales— más que en el nivel estratégico o normativo, donde la institucionalización sigue siendo limitada ( Diminic et al., 2015; Beaudoin et al., 2023; Tahira et al., 2021).

#### e) Resultados en acceso y coordinación

La implementación de estrategias intersectoriales en salud mental se asocia consistentemente con mejoras en el acceso a servicios, mayor continuidad del cuidado y fortalecimiento de los vínculos comunitarios. Estas mejoras han sido documentadas en experiencias de Europa, América Latina y África, donde la articulación entre sectores como salud, educación, vivienda y justicia ha permitido abordar de forma más integral los determinantes sociales que afectan el bienestar psicosocial (Faydi et al., 2011; Kamali et al., 2020; Alto et al., 2018).

Un conjunto de estudios señala que una coordinación institucional sostenida, basada en mecanismos de gobernanza compartida y evaluación conjunta, permite reducir duplicaciones de funciones, acortar los tiempos de respuesta y garantizar trayectorias de atención más estables para personas con trastornos mentales severos (Damari et al., 2021; WHO, 2023). La existencia de indicadores intersectoriales comunes y sistemas

interoperables de información ha contribuido a mejorar la trazabilidad de casos, facilitar la planificación estratégica y aumentar la rendición de cuentas (Gustafsson et al., 2022; Beaudoin et al., 2023).

Por el contrario, en contextos donde la colaboración intersectorial no está institucionalizada o carece de respaldo normativo y presupuestario, las iniciativas suelen diluirse en prácticas aisladas, sin capacidad transformadora a nivel sistémico. Esta limitación ha sido evidenciada incluso en países de altos ingresos, donde la ausencia de marcos formales de gobernanza intersectorial ha dificultado la expansión de experiencias exitosas (Tahira et al., 2021; Nicaise, 2020).

Diversos autores destacan que una colaboración estructurada entre sectores, con objetivos comunes definidos colectivamente, promueve la integración real de políticas, programas y recursos. Esta integración se ve fortalecida por mecanismos formales como marcos normativos, plataformas conjuntas o estrategias interinstitucionales (van Rensburg & Brooke-Sumner, 2023), lo cual conlleva mejoras en el acceso a servicios comunitarios, mayor continuidad del cuidado y una mejor articulación con servicios sociales y laborales.

Por otro lado, las estructuras de gobernanza intersectorial, con atribuciones claras, presupuesto compartido y evaluación conjunta, resultan fundamentales para superar la fragmentación institucional. Estas estructuras fomentan la colaboración formal, reducen duplicaciones de funciones y mejoran la fluidez y estabilidad en las trayectorias de atención. Los usuarios atendidos por equipos intersectoriales reportan mayor satisfacción y menores tasas de derivación innecesaria (Fjellfeldt, 2022; Damari et al., 2021).

No obstante, muchas políticas carecen de información detallada sobre los mecanismos de implementación, financiamiento, monitoreo y rendición de cuentas, lo cual representa una barrera importante (Diminic et al., 2015). En cambio, los sistemas robustos de información y vigilancia en salud mental, apoyados en mecanismos formales de colaboración intersectorial, permiten el uso eficaz de datos para la planificación, asignación presupuestaria y evaluación de servicios (Gater et al., 2015).

Finalmente, se subraya la necesidad de fortalecer la gobernanza intersectorial para lograr una respuesta sostenida y centrada en la persona con trastornos mentales severos (Tahira et al., 2024). La debilidad en la formulación de políticas y la falta de colaboración formal entre sectores como salud, educación, justicia y protección social limitan el acceso equitativo y la articulación efectiva de servicios (Faydi et al., 2012).

Los hallazgos disponibles refuerzan la idea de que la intersectorialidad requiere algo más que voluntad programática: necesita estructuras operativas, recursos sostenidos y una lógica de gobernanza orientada a resultados.

## Discusión

La presente revisión documental reitera el reconocimiento creciente de la intersectorialidad como un pilar fundamental para abordar la complejidad de la salud mental y sus determinantes sociales. Este imperativo se intensificó tras la pandemia de COVID-19, que visibilizó las limitaciones de los sistemas fragmentados y tuvo un impacto profundo en la salud mental de la población, llevando a una interrupción significativa de los servicios (OMS, 2020).

Los hallazgos de esta investigación corroboran que, si bien la colaboración entre sectores es ampliamente valorada en los marcos normativos internacionales (Rawlinson et al., 2021; Li et al., 2023), su implementación efectiva enfrenta un conjunto persistente de barreras y depende de condiciones institucionales y políticas específicas.

Uno de los principales problemas identificados es la brecha entre el diseño normativo y la ejecución operativa de la intersectorialidad. A pesar de su reconocimiento formal en planes y estrategias, rara vez se acompaña de estructuras de gobernanza específicas, financiamiento dedicado o mecanismos institucionalizados de rendición de cuentas (Rawlinson et al., 2021; Li et al., 2023).

Esta situación se agrava por barreras estructurales como *las limitaciones financieras*, manifestadas en presupuestos insuficientes y la inexistencia de mecanismos estables de cofinanciamiento (Jaguga, 2020; Faydi et al., 2011); *la escasez y rotación de recursos humanos especializados*, que dificulta la consolidación de equipos y la confianza intersectorial (Kamali et al., 2020; Tahira et al., 2024); y *la fragmentación institucional y normativa*, con la ausencia de marcos regulatorios comunes y la superposición de competencias que generan ambigüedad y diluyen responsabilidades (Mitchell et al., 2012; Hall et al., 2019; Semrau et al., 2015; Chen, Zhang, & Wu, 2023).

A esto se suma *la baja interoperabilidad entre sistemas de información, impidiendo el intercambio de datos y la planificación estratégica basada en evidencia* (WHO, 2013; Saraceno et al., 2007).

Estas dificultades impiden la sostenibilidad de las intervenciones colaborativas y perpetúan una lógica de atención fragmentada y reactiva en lugar de un abordaje integral y preventivo (Faydi et al., 2011; Fjellfeldt, 2022; Skar et al., 2024).

La debilidad en el reconocimiento institucional del trabajo colaborativo, la falta de incentivos y una cultura sectorial cerrada, que a menudo privilegia el modelo biomédico,

también obstaculizan la articulación coherente de respuestas (Faydi et al., 2011; Thornicroft & Tansella, 2013; Broke-Summer et al., 2016; Saunders et al., 2022).

La experiencia en Chile, con sus mecanismos de financiamiento centrados en prestaciones individuales, ilustra cómo estas lógicas restringen la adopción de estrategias territoriales e intersectoriales al no ofrecer incentivos financieros ni autonomía local (Toro-Devia et al., 2024).

No obstante, la revisión también destaca un conjunto de facilitadores críticos que pueden mitigar estas barreras). *La voluntad política sostenida por parte de las autoridades nacionales y locales es fundamental* para legitimar la cooperación y asegurar recursos (Faydi et al., 2011; WHO, 2013; Shankardass et al., 2022). *La co-localización de servicios*, como el modelo MOSAIC en Cataluña, ha sido destacada por favorecer la coordinación operativa, mejorar el acceso y promover una atención más centrada en la persona (Tahira, 2024; WHO, 2021; Hall et al., 2019; Corbin et al., 2018; Cano-Prieto et al., 2023).

Asimismo, el *establecimiento de alianzas comunitarias y la articulación con organizaciones de base* son claves para adaptar las políticas a las realidades territoriales y generar confianza (Gustafsson BM & Korhonen, 2022; Damari et al., 2021; Skar et al., 2024). Otro facilitador fundamental es la *capacitación conjunta entre profesionales de distintos sectores*, que permite desarrollar un lenguaje común y construir una cultura de trabajo colaborativo, reforzada por la existencia de liderazgos distribuidos (Acero-Gonzalez, 2022; Kamali et al., 2020; Overbeck, et al., 2016).

Estudios también subrayan la relevancia de una cultura organizacional positiva, basada en el respeto mutuo, la comunicación horizontal y la flexibilidad operativa (Nicaise, 2020; Mitchell et al., 2012).

Finalmente, en entornos vulnerables, la incorporación de saberes locales y el reconocimiento de las prácticas comunitarias se posicionan como condiciones críticas para asegurar la legitimidad y sostenibilidad de las intervenciones intersectoriales (Skar et al., 2024; Damari et al., 2021).

En cuanto a los modelos de implementación, la literatura revela una notable diversidad, lo que refuerza la idea de que *"no existe un único modelo replicable"* (Brocke-Summer et al., 2016; Asmare et al., 2024). Los enfoques varían en función de los contextos institucionales, poblacionales y territoriales, así como de las capacidades estatales y comunitarias existentes (Skar et al., 2024; Damari et al., 2021)

Modelos territoriales o comunitarios, como el programa Partners in Recovery en Australia (Henderson et al., 2019; Gater et al., 2015; Alto et al., 2022), y el innovador Housing First (Nicholls et al., 2015; Aubry et al., 2015), demuestran cómo la vinculación estrecha entre

servicios de salud mental y organizaciones sociales, educativas y judiciales puede mejorar la continuidad del cuidado, la autonomía personal y reducir barreras de acceso, incluso la falta de vivienda (Mitchell et al., 2012).

Asimismo, la estrategia de "tarea compartida" (task-sharing) en contextos de escasez de recursos (Asmare et al., 2024) y la implementación de modelos integrados en primera infancia (Jørgensen, & Karlsson, 2025; Fjellfeldt, 2022) evidencian la flexibilidad necesaria para extender la cobertura intersectorial. Sin embargo, la sostenibilidad de muchos de estos modelos sigue siendo un desafío, a menudo dependiendo de liderazgos personales o financiamiento externo más que de una institucionalización formal (Nicaise, 2021; Sauder et al., 2022; Asmare et al., 2024; Brocke-Summer et al., 2016; Diminic et al., 2015; Beaudoin et al., 2023; Tahira et al., 2021).

La comprensión de la intersectorialidad desde la perspectiva de la "gobernanza colaborativa" (Bryson, 2015) permite contextualizar estos hallazgos. Las barreras identificadas son, en esencia, deficiencias en las "condiciones específicas" que esta gobernanza exige: falta de voluntad política sostenida, estructuras inflexibles, mecanismos débiles de rendición de cuentas y ausencia de recursos compartidos y confianza. Cuando estas condiciones se dan, actúan como facilitadores.

Además, la distinción teórica entre el enfoque multisectorial y el intersectorial resulta crucial para la discusión de los resultados (OPS, 2015). Mientras que la fragmentación observada en los sistemas de salud mental puede asemejarse a una "participación simultánea de varios sectores sin coordinación estructurada" (multisectorial) (OPS, 2015), los casos de éxito evidencian la necesidad de una "acción conjunta, con planificación integrada, metas compartidas y estructuras de gobernanza colaborativa" (intersectorialidad genuina) (OPS, 2015).

Los resultados sobre acceso y coordinación validan que una intersectorialidad bien estructurada, basada en mecanismos de gobernanza compartida, mejora consistentemente el acceso a servicios, la continuidad del cuidado y el fortalecimiento de los vínculos comunitarios (Faydi et al., 2011; Kamali et al., 2020; Alto et al., 2018; Damari et al., 2021; WHO, 2021; Fjellfeldt, 2022).

La existencia de indicadores intersectoriales comunes y sistemas interoperables de información se revela como fundamental para la planificación estratégica y la rendición de cuentas (Gustafsson et al., 2022; Beaudoin et al., 2023; Gater et al., 2015).

Por el contrario, en contextos donde la colaboración intersectorial no está institucionalizada o carece de respaldo normativo y presupuestario, las iniciativas suelen diluirse en prácticas aisladas, sin capacidad transformadora a nivel sistémico (Tahira et al., 2021; Nicaise, 2020;



Faydi et al., 2012). El concepto de "valor público" (Moore, 1995), central en el marco teórico de esta investigación, se ve reflejado en los resultados positivos de la intersectorialidad, que van más allá de la eficiencia para incluir la mejora en la calidad de las relaciones interinstitucionales, la participación de actores excluidos y el fortalecimiento de capacidades colectivas (Bryson, 2004; Bryson et al., 2015).

En síntesis, esta revisión subraya que la intersectorialidad en salud mental, concebida como un proceso político-institucional complejo y adaptativo (Plsek & Greenhalgh, 2001; Bryson, 2015), es indispensable para abordar los determinantes sociales de la salud centrado en la salud mental. Su efectividad no se limita a la voluntad programática, sino que exige una transformación de las relaciones de poder y las culturas institucionales, con estructuras operativas robustas, recursos sostenidos y una clara orientación hacia la equidad y la creación de valor público (OPS, 2015).

A pesar de los avances y la identificación de modelos exitosos, persisten desafíos significativos en la institucionalización y sostenibilidad de estas prácticas (Nicaise, 2021; Sauder et al., 2022; Asmare et al., 2024; Brocke-Summer et al., 2016; Diminic et al., 2015; Beaudoin et al., 2023; Tahira et al., 2021) lo que demanda un fortalecimiento continuo de la gobernanza intersectorial y una mayor documentación de los mecanismos de implementación, financiamiento, monitoreo y rendición de cuentas (Diminic et al., 2015; Gater et al., 2015; Tahira et al., 2024; Faydi et al., 2012). Esto permitirá consolidar las lecciones aprendidas y avanzar hacia modelos de atención integrados, centrados en la persona y con enfoque de derechos en diversos contextos socioculturales.

## Conclusiones

La presente revisión documental evidencia que la intersectorialidad en salud mental constituye una oportunidad para superar limitaciones estructurales, normativas y operativas de enfoques sectoriales tradicionales.

La intersectorialidad debe concebirse como un proceso político-institucional complejo, sustentado en principios de gobernanza colaborativa, que exige condiciones habilitantes específicas para su implementación y sostenibilidad. Y no como un evento aislado o estrategias de coordinación específica.

En este sentido, los hallazgos permiten sintetizar conclusiones relevantes en torno a cinco dimensiones clave:

En primer lugar, las barreras estructurales e institucionales identificadas —como la fragmentación normativa, la escasa interoperabilidad de los sistemas de información, la debilidad de las culturas organizacionales colaborativas y la falta de financiamiento estructurado— limitan seriamente la capacidad de los sistemas públicos para articular respuestas integradas en salud mental. Estas restricciones no solo afectan la continuidad de las trayectorias de atención, sino que también perpetúan modelos de intervención centrados en una lógica biomédica y episódica, desalineada con enfoques centrados en el territorio y las personas.

En segundo lugar, la evidencia recopilada muestra que existen condiciones facilitadoras que permiten mitigar las barreras descritas anteriormente. Entre ellas destacan la voluntad política sostenida, el liderazgo distribuido, la integración territorial de servicios, la capacitación conjunta y la articulación con organizaciones comunitarias. Estas condiciones han favorecido, especialmente en el ámbito local, la generación de experiencias significativas de coordinación entre sectores como salud, educación, protección social y justicia, habilitadas por entornos institucionales más flexibles y una mayor proximidad a las realidades sociales.

En tercer lugar, la diversidad de modelos de implementación documentados en la literatura internacional refuerza la idea de que no existe una fórmula única para la intersectorialidad. Los enfoques deben adaptarse a las capacidades institucionales, los recursos disponibles y las características socio territoriales de cada contexto. Desde estrategias comunitarias y territoriales, hasta dispositivos centrados en tareas compartidas o intervenciones en primera infancia, las experiencias más sostenibles son aquellas que logran combinar marcos de cooperación claros con estructuras organizativas flexibles y legitimidad local.

En cuarto lugar, el contexto institucional y político resulta determinante para el éxito o el estancamiento de las estrategias intersectoriales. Incluso en países con marcos normativos propicios, la falta de mecanismos operativos, estructuras de gobernanza permanentes y financiamiento intersectorial dificulta la sostenibilidad de estas iniciativas. En el caso chileno, como señalan Toro et al. (2024), la centralización del aparato estatal y la segmentación funcional refuerzan estas dificultades, haciendo necesarias reformas normativas y organizacionales que habiliten el trabajo conjunto entre ministerios, servicios públicos y actores territoriales.

Por último, la implementación de estrategias intersectoriales en salud mental se asocia consistentemente con resultados positivos en el acceso a servicios, mayor continuidad del cuidado y fortalecimiento de los vínculos socio comunitarios. Par ello se señala la existencia de indicadores intersectoriales comunes y sistemas interoperables de información, lo que la evidencia plantea como contribución para mejorar la trazabilidad de casos, facilitar la planificación estratégica y aumentar la rendición de cuentas (Gustafsson et al., 2022; Beaudoin et al., 2023). Por el contrario, en contextos donde la colaboración intersectorial no está institucionalizada o carece de respaldo normativo y presupuestario, las iniciativas suelen diluirse en prácticas aisladas, sin capacidad transformadora a nivel sistémico.

Los modelos de intersectorialidad en salud mental deben entenderse como una forma estructural y adaptativa de acción pública, más allá de soluciones técnicas puntuales. Su implementación efectiva exige marcos normativos habilitantes, mecanismos de coordinación vinculantes y una cultura de corresponsabilidad compartida entre sectores.

La transición desde lógicas sectoriales hacia una gobernanza horizontal es crucial para sostener la cooperación en el tiempo y evitar la dependencia de factores coyunturales. En este sentido, la institucionalización legal y organizacional de la intersectorialidad es una condición necesaria para garantizar respuestas integrales y sostenibles frente a los determinantes sociales del malestar psicosocial.

Asimismo, la evidencia demuestra que la intersectorialidad bien estructurada se asocia con mejoras sustantivas en el acceso, la continuidad del cuidado y la pertinencia territorial de las políticas de salud mental. No obstante, su consolidación depende también de factores culturales, cognitivos y simbólicos que permiten articular voluntades institucionales en contextos complejos. Comprender estos modelos como expresiones de una gobernanza orientada a la equidad y el valor público implica adoptar enfoques sistémicos que reconozcan la no-linealidad y la contingencia de los procesos colaborativos. Solo así será posible transformar estructuras rígidas, promover nuevas capacidades estatales y responder eficazmente a los desafíos crecientes de la salud mental en nuestras sociedades.

## Referencias

1. Acero-González, Ángela Rocío, Toro-Herrera, Sandra Milena, Ruiz-Moreno, Lina María, Romero-Tapia, Álvaro Enrique, & Yaver-Suárez, Nazly Habibeh. (2022). Formación Interprofesional en Salud Mental: un reto posible.. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(3), 243-250.
2. Agudelo-Hernández F, Rojas-Andrade R, Giraldo Alvarez AB. (2024). Building an implementation strategy for community-based rehabilitation for mental health in Colombia. *JB I Evid Implement*. JBI Evid Implement. 2024 Aug 1;22(3):303-315. doi: 10.1097/XEB.0000000000000431.
3. Alto ME, Bantelman E, Manly JT, Hathaway A, Knight S, Frounfelker RL, Petrenko C. (2022). The Development of a Mental Health Program for Unaccompanied Minors in the United States. *Int J Adv Couns*. Int J Adv Couns. 2022 Mar;44(1):164-196. doi: 10.1007/s10447-021-09442-0. Epub 2021 Sep 2.
4. Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>
5. Asmare Wedi S, Abate BB, Anmut Asres T, Abera MA, Bekele SO, Sendekie AK. (2024). Exploring prevention and control mechanisms of youth substance use: a case of North Wollo and Waghimra, Northeast Ethiopia. *Front Public Health*. Front Public Health. 2024 Dec 10;12:1487772. doi: 10.3389/fpubh.2024.1487772.
6. Aubry, T., Nelson, G., & Tsemberis, S. (2015). Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home-Chez soi Demonstration Project. *Canadian journal of psychiatry*. *Revue canadienne de psychiatrie*, 60(11), 467–474.
7. Awenva AD, Read UM, Ofori-Attah AL, Doku VC, Akpalu B, Osei AO, Flisher AJ; MHaPP Research Programme Consortium. (2010). From mental health policy development in Ghana to implementation: what are the barriers?. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2010 Jul;13(3):184-91.
8. Babatunde GB, van Rensburg AJ, Bhana A, Petersen I. (2020). Stakeholders' perceptions of child and adolescent mental health services in a South African district: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst*. Int J Ment Health Syst. 2020 Oct 2;14:73. doi: 10.1186/s13033-020-00406-2.
9. Babatunde GB, van Rensburg AJ, Bhana A, Petersen I. (2022). Identifying multilevel and multisectoral strategies to develop a Theory of Change for improving child and adolescent mental health services in a case-study district in South Africa. *Child*

- Adolesc Psychiatry Ment Health. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2022 Jun 18;16(1):45. doi: 10.1186/s13034-022-00484-9.
10. Beaudoin, A. J., Gagnon, M., Roy, M., Clapperton, I., Lambert, A., Jasmin, E., Ducreux, E., Desrosiers, A., & Martin, C. (2023). Collaboration between Public Health and Schools: An Example of an Integrated Community Social Care Model. *International journal of integrated care*, 23(3), 11.
  11. Bioku AA, Alatishe YA, Adeniran JO, Olagunju TO, Singhal N, Mela M, Bradford JM, Chaimowitz GA, Olagunju AT. (2021). Psychiatric Morbidity among Incarcerated Individuals in an Underserved Region of Nigeria: Revisiting the Unmet Mental Health Needs in Correction Services. *J Health Care Poor Underserved. J Health Care Poor Underserved*. 2021;32(1):321-337. doi: 10.1353/hpu.2021.0026. <https://doi.org/10.1353/hpu.2021.0026>
  12. Broke-Summer, K., Perälä, M.-L., & Lindholm, C. (2016). Developing interprofessional collaboration: A case study of a multiprofessional health care team. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 845–853. <https://doi.org/10.1111/scs.12312>
  13. Brooke-Sumner C, Lund C, Petersen I. (2016). Bridging the gap: investigating challenges and way forward for intersectoral provision of psychosocial rehabilitation in South Africa. *Int J Ment Health Syst. Int J Ment Health Syst*. 2016 Mar 9;10:21. doi: 10.1186/s13033-016-0042-1. eCollection 2016. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0042-1>
  14. Bryson, J. M. (2004). What to do when stakeholders matter: stakeholder identification and analysis techniques. *Public Management Review*, 6(1), 21–53. <https://doi.org/10.1080/14719030410001675722>
  15. Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2015). *Creating Public Value in Practice: Advancing the Common Good in a Multi-Sector, Shared-Power, No-One-Wholly-in-Charge World*. CRC Press.
  16. Cano-Prieto I, Prat-Vigué G, Vilanova-Masana R, Guillaume-Cornet A, Giralt Palou R, Lana-Francos G and Simó-Algado S (2023) MOSAIC, an example of comprehensive and integrated social and health care: care and practices oriented towards personal recovery. *Front. Health Serv*. 3:1174594. doi: 10.3389/frhs.2023.1174594
  17. Chen, R., Zhang, W., & Wu, X. (2023). Mental health policy and implementation from 2009 to 2020 in China. *SSM - Mental Health*, 4, 100244.
  18. Corbin, J. H., Jones, L., & Barry, M. M. (2018). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, 33(1), 4–26.
  19. Damari B, Sharifi V, Asgardoost MH, Hajebi A. (2021). The Community Action Program Works to Improve Mental Health at the District Level: The Evaluation of the

- Community Action Program in Districts of Iran. *Iran J Psychiatry*. Iran J Psychiatry. 2021 Oct;16(4):451-461. doi: 10.18502/ijps.v16i4.7233.
20. di E, Funk M, Kleintjes S, Ofori-Atta A, Ssbunnya J, Mwanza J, Kim C, Flisher A. (2011). An assessment of mental health policy in Ghana, South Africa, Uganda and Zambia. *Health Res Policy Syst*. Health Res Policy Syst. 2011 Apr 8;9:17. doi: 10.1186/1478-4505-9-17.
  21. Dick B, Ferguson BJ. (2015). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *J Adolesc Health*. J Adolesc Health. 2015 Jan;56(1):3-6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.260. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.260>
  22. DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147–160. <https://doi.org/10.2307/2095101>
  23. Diminic S, Carstensen G, Harris MG, Reavley N, Pirkis J, Meurk C, Wong I, Bassilios B, Whiteford HA. (2015). Intersectoral policy for severe and persistent mental illness: review of approaches in a sample of high-income countries. *Glob Ment Health (Camb)*. Glob Ment Health (Camb). 2015 Aug 24;2:e18. doi: 10.1017/gmh.2015.16. eCollection 2015.
  24. Diminic, S., Harris, M., McKeon, G., & Whiteford, H. (2014). System-level intersectoral linkages between the mental health and non-clinical support sectors: A qualitative systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(10), 895–906.
  25. Fiorati, R. C., Arcêncio, R. A., Segura Del Pozo, J., Ramasco-Gutiérrez, M., & Serrano-Gallardo, P. (2018). Intersectorality and social participation as coping policies for health inequities-worldwide. *Gaceta sanitaria*, 32(3), 304–314.
  26. Fjellfeldt M. (2022). Developing Long-Term Sustainable Collaborations between Welfare Providers That Support and Promote Child and Youth Mental Health in Sweden-A Qualitative Interview Study. *Int J Environ Res Public Health*. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jun 23;19(13):7730. doi: 10.3390/ijerph19137730. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137730>
  27. Freeman, R. E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Pitman Publishing Inc.
  28. Gater, R., Chisholm, D., & Dowrick, C. (2015). Mental health surveillance and information systems. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 21(7), 512–516. <https://doi.org/10.26719/2015.21.7.512>

29. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2005). Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. *Social Science & Medicine*, 61(2), 417–430.
30. Gustafsson BM, Korhonen L. (2022). A Multiprofessional and Intersectoral Working Model to Detect and Support Preschool Children With Neurodevelopmental Difficulties (PLUSS Model): Protocol for an Evaluation Study. *JMIR Res Protoc*. JMIR Res Protoc. 2022 Jun 15;11(6):e34969. doi: 10.2196/34969. <https://doi.org/10.2196/34969>
31. Hall T, Kakuma R, Palmer L, Minas H, Martins J, Armstrong G. (2019). Intersectoral collaboration for people-centred mental health care in Timor-Leste: a mixed-methods study using qualitative and social network analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2019 Nov 16;13:72. doi: 10.1186/s13033-019-0328-1. eCollection 2019. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0328-1>
32. Heath O, Church E, Curran V, Hollett A, Cornish P, Callanan T, Bethune C, Younghusband L. (2015). Interprofessional mental health training in rural primary care: findings from a mixed methods study. *J Interprof Care*. 2015 May;29(3):195-201. doi: 10.3109/13561820.2014.966808. Epub 2014 Oct 7. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.966808>
33. Henderson, J., Javanparast, S., Baum, F. et al. Colaboración interinstitucional en atención primaria de salud mental: lecciones del programa Partners in Recovery. *Int J Ment Health Syst* 13 , 37 (2019).
34. Isaacs AN. (2022). Care coordination as a collaborative element of recovery oriented services for persons with severe mental illness. *Australas Psychiatry*. Australas Psychiatry. 2022 Feb;30(1):110-112. doi: 10.1177/10398562211037331. Epub 2021 Aug 31. <https://doi.org/10.1177/10398562211037331>
35. J van Rensburg A, Brooke-Sumner C. (2023). Intersectoral and multisectoral approaches to enable recovery for people with mental illness in low- and middle-income countries: A scoping review. *Glob Ment Health (Camb)*. Glob Ment Health (Camb). 2023 Mar 15;10:e19. doi: 10.1017/gmh.2023.10. eCollection 2023. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.10>
36. Jaguga, F., Kwobah, E. A review of the public sector substance use disorder treatment and prevention systems in Kenya. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 15, 47 (2020).
37. Jørgensen, K., Bro Jørgensen, K., & Karlsson, B. (2025). Cross-Sectoral Collaboration Between Mental Health Hospitals and Municipalities: A Scoping Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 46(6), 587–601.
38. Kamali M, Munyuzangabo M, Siddiqui FJ, Gaffey MF, Meteke S, Als D, Jain RP, Radhakrishnan A, Shah S, Ataullahjan A, Bhutta ZA. (2020). Delivering mental health



- and psychosocial support interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2020 Mar 15;5(3):e002014. doi: 10.1136/bmjgh-2019-002014. eCollection 2020. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002014>
39. Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business Press.
  40. Kristensen MM, Sølvhøj IN, Kusier AO, Folker AP. (2019). Addressing organizational barriers to continuity of care in the Danish mental health system - a comparative analysis of 14 national intervention projects. *Nord J Psychiatry*. 2019 Jan;73(1):36-43. doi: 10.1080/08039488.2018.1551929. Epub 2019 Jan 14. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1551929>
  41. Lachaud, J., Mejia-Lancheros, C., Durbin, A. et al. The Effect of a Housing First Intervention on Acute Health Care Utilization among Homeless Adults with Mental Illness: Long-term Outcomes of the At Home/Chez-Soi Randomized Pragmatic Trial. *J Urban Health* 98, 505–515 (2021).
  42. Lee SJ, Crowther E, Keating C, Kulkarni J. (2013). What is needed to deliver collaborative care to address comorbidity more effectively for adults with a severe mental illness?. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013 Apr;47(4):333-46. doi: 10.1177/0004867412463975. Epub 2012 Oct 17. <https://doi.org/10.1177/0004867412463975>
  43. Li H, Zhou Q, Zhu H, Shi P, Shen Q, Zhang Z, Chen Z, Pu C, Xu L, Hu Z, Ma A, Gong Z, Xu T, Wang P, Wang H, Hao C, Li C, Hao M. (2022). The evolution of mental health related policies in China: A bibliometric analysis, 1987-2020. *Front Public Health*. 2022 Nov 24;10:964248. doi: 10.3389/fpubh.2022.964248. eCollection 2022. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.964248>
  44. Marais, D.L., Petersen, I. Health system governance to support integrated mental health care in South Africa: challenges and opportunities. *Int J Ment Health Syst* 9, 14 (2015).
  45. Mitchell P. (2009). Mental health care roles of non-medical primary health and social care services. *Health Soc Care Community*. 2009 Feb;17(1):71-82. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00800.x. Epub 2008 Aug 11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00800.x>
  46. Mitchell PF, Pattison PE. (2012). Organizational culture, intersectoral collaboration and mental health care. *J Health Organ Manag*. 2012;26(1):32-59. doi: 10.1108/14777261211211089. <https://doi.org/10.1108/14777261211211089>
  47. Moore, M. H. (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press.



48. Ngo VK, Vu TT, Levine D, Punter MA, Beane SJ, Weiss MR, Wyka K, Florez-Arango JF, Zhou X. (2024). A multisector community-engaged collaborative for mental health integration in primary care and housing developments: Protocol for a stepped-wedge randomized controlled trial (the Harlem Strong Program). *BMC Public Health*. BMC Public Health. 2024 Sep 19;24(1):2554. doi: 10.1186/s12889-024-20026-6. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20026-6>
49. Nicaise, P., Grard, A., Leys, M., Van Audenhove, C., & Lorant, V. (2021). Key dimensions of collaboration quality in mental health care service networks. *Journal of interprofessional care*, 35(1), 28–36.
50. Nicholls TL, Crocker AG, Seto MC, Wilson CM, Charette Y, Côté G. The National Trajectory Project of Individuals Found Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder. Part 5: How Essential are Gender-Specific Forensic Psychiatric Services? *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2015;60(3):135-145. doi:
51. Olson, M. (1965). *The Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Harvard University Press.
52. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). *Intersectorialidad y equidad en salud en América Latina*. Washington D.C.: OPS.
53. Overbeck, G., Davidsen, A. S., & Kousgaard, M. B. (2016). Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implementation science : IS*, 11(1), 165. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0519-y>
54. Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323(7313), 625–628.
55. Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., ... & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews: A product from the ESRC Methods Programme.
56. Rasanathan, K., Montesinos, E. V., Matheson, D., Etienne, C., & Evans, T. (2010). Primary health care and the social determinants of health: Essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(8), 656–660.
57. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, Peytremann-Bridevaux I, Gilles I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *Int J Integr Care*. Int J Integr Care. 2021 Jun 22;21(2):32. doi: 10.5334/ijic.5589.
58. Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., ... & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370(9593), 1164–1174. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61263-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61263-X)

59. Saunders V, Beck M, McKechnie J, Lincoln M, Phillips C, Herbert J, Davey R. (2022). A Good start in life: Effectiveness of integrated multicomponent multisector support on early child development-Study protocol. *PLoS One*. 2022 Aug 3;17(8):e0267666. doi: 10.1371/journal.pone.0267666. eCollection 2022. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267666>
60. Semrau, M., Evans-Lacko, S., Koschorke, M., Ashenafi, L., & Thornicroft, G. (2015). Stigma and discrimination related to mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 382–394.
61. Shankardass, K., Renahy, E., Muntaner, C., Delany-Moretlwe, S., McGregor, L., & Costa-i-Font, J. (2022). Tackling the politics of intersectoral action for the health of people and planet. *BMJ*, 376, e068124.
62. Simonetti, J. A., Brenner, L. A., Piegari, R., Maynard, C., & Trivedi, R. (2020). Characteristics and injury mechanisms of veteran primary care suicide decedents with and without diagnosed mental illness. *Journal of General Internal Medicine*, 35(4), 1081–1087. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05787>
63. Skar AS, Engebretsen IMS, Braathu N, Aber H, Bækkelund H, Kühl MJ, Mukisa M, Nalugya JS, Skokauskas N, Skylstad V, Wentzel-Larsen T; TREAT research consortium; Babirye JN. (2024). Study protocol for a stepped-wedge implementation study investigating the intersectoral collaboration of implementing the TREAT INTERACT intervention for primary school teachers and the mhGAP for health care workers for child mental health promotion in Uganda. *Trials*. 2024 Jul 9;25(1):465. doi: 10.1186/s13063-024-08312-5. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-08312-5>
64. Tahira S. (2024). Addressing Psychosocial Disabilities Through Social Interventions for Individuals With Severe Mental Disorders. *Cureus*. 2024 Jun 5;16(6):e61762. doi: 10.7759/cureus.61762. eCollection 2024 Jun. <https://doi.org/10.7759/cureus.61762>
65. Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 45.
66. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological medicine*, 43(4), 849–863. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001420>
67. Toro-Devia, O., Alvarado, R., Jeria, M., Razzouk, D., & Salvador-Carulla, L. (2024). Análisis exploratorio sobre los mecanismos de pago a centros de salud mental comunitaria en Chile usando teoría fundamentada mixta. *Medwave*, 24(5), e2920.
68. World Health Organization & Government of Finland (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. Geneva: WHO

69. World Health Organization. (2020). Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Geneva: World Health Organization.
70. World Health Organization. (2021). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: WHO. Retrieved from
71. World Health Organization. (2023). Integrated people-centred health services. Geneva: World Health Organization.
72. World Health Organization. (2023). What can intersectoral governance do to strengthen the health and care workforce? WHO Policy Brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
73. Wozney, L., Newton, A. S., Gehring, N. D., Bennett, K., Huguet, A., Hartling, L., Dyson, M. P., & McGrath, P. (2017). Implementation of eMental Health care: viewpoints from key informants from organizations and agencies with eHealth mandates. *BMC medical informatics and decision making*, 17(1), 78.
74. Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64.