

Urgencias en Salud Mental: Carta abierta a Candidatos Presidenciales

Estimados(a) candidatos(a) presidenciales:

En los programas respectivos de vuestros eventuales gobiernos, la mayoría de Uds. han presentado planes referentes a Salud Mental. En nuestra calidad de **Instituto Milenio de Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP)**, centro científico financiado con dineros públicos, que reúne a más de 150 investigadores y académico/as de las áreas de la psicología, psiquiatría, ciencias sociales y de la salud, pertenecientes a distintas universidades nacionales, y que busca generar conocimiento basado en la evidencia para la comprensión multidimensional de la depresión en interacción con la personalidad, nos dirigimos a ustedes para solicitarles incorporen en sus respectivos programas de gobierno - e incluyan como tema relevante en los futuros debates-, nuestra propuesta para resolver la **grave brecha existente en nuestro país entre las altas prevalencias de trastornos de salud mental en la población (lo que además ha aumentado significativamente durante la pandemia por COVID-19), y el escaso presupuesto público destinado a su tratamiento y prevención**. Está claro que la prevención incluye acciones socio-políticas globales en relación a la desigualdad socio-económica, a la calidad de vida, la educación, etc. Sin embargo, debemos establecer prioridades, por lo que el financiamiento para la prevención y tratamiento en Salud Mental cobra gran relevancia para el desarrollo de las personas y del país.

La **prevalencia de los trastornos mentales** en Chile muestra cifras alarmantes. Casi un tercio de la población ha tenido algún trastorno psiquiátrico en su vida, y el **22,2% lo ha tenido durante los últimos 12 meses**. Los trastornos de ansiedad y depresión corresponden a los que presentan mayor prevalencia. En el caso del trastorno depresivo, un 9,2% de las personas lo han sufrido durante la vida y un 5,7% dentro de un año. Por otro lado, la prevalencia de trastornos debido al consumo de alcohol y drogas también es alta (11% y 8,1%, respectivamente) y la proporción de la población que presenta trastornos moderados (5,5%) y severos (3,3%) es relevante (1).

Los estudios nacionales en niños, niñas y adolescentes (NNA) muestran una prevalencia de trastornos mentales del 38% (4 de cada 10), con un 43% en niños/as entre 4 y 11 años y un 33% en adolescentes (12 a 18 años) (2). Adicionalmente, la mitad de los adultos con trastornos mentales reporta haber presentado diagnósticos en salud mental durante la infancia y ausencia o insuficiencia de tratamiento terapéutico (3).

La violencia intrafamiliar ha sido considerada una de las principales fuentes de trastornos mentales y de acuerdo a las cifras entregadas por UNICEF un 71% de los NNA chilenos, recibe algún tipo de violencia ejercida por alguno de sus cuidadores primarios (4). La evidencia muestra que los NNA que experimentan o son testigos de violencia, malos tratos o negligencia muestran dificultades para lograr los hitos del desarrollo esperados según su edad y un mayor riesgo de presentar trastornos conductuales, estrés postraumático, ansiedad y

depresión (5). Lo anterior ha sido explicado a partir del impacto negativo de la adversidad y el trauma en la capacidad de regulación emocional, en las relaciones interpersonales, la memoria y la tolerancia al estrés (6).

Se espera que producto de la pandemia y sus cuarentenas estos números aumenten. Así lo ha mostrado el “Termómetro de la Salud Mental en Chile” realizado por UC y ACHS en abril de este año. Éste indica que un 23,6% de los chilenos presenta sospechas o problemas de salud mental y el **45,9% evalúa que su estado de ánimo es peor o mucho peor** comparado con antes de la pandemia (7). Un artículo publicado en octubre de este año en la prestigiosa revista Lancet, estima que en 204 países -incluidos los latinoamericanos- los trastornos depresivos aumentarán un 27,6% y los trastornos ansiosos 25,6%, lo cual evidencia aún más la necesidad de que el país se haga cargo de esta población (8).

A pesar de estas alarmantes cifras, Chile presenta un importante déficit en el financiamiento de la salud mental si se compara con el promedio a nivel mundial. El **presupuesto fiscal** destinado a la salud mental en Chile **apenas supera el 2% del total del presupuesto en Salud**, cifra que está muy por debajo del 5,0% que se propuso como meta en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de los períodos 2000- 2010 y 2015-2025 (9, 10). Este presupuesto difiere considerablemente del promedio mundial, que alcanza al 5% del gasto total en salud (11). A su vez, la cobertura de atención en salud mental en Chile alcanza aproximadamente un 20% de la población, mientras que en países de medianos ingresos la cobertura alcanza un 50% (10).

Estos recursos son insuficientes para alcanzar los objetivos trazados en materia de promoción, prevención y tratamiento de los trastornos mentales en Chile (12, 13), sobrecargando considerablemente al personal de salud mental y las condiciones en que se entregan los servicios existentes (10).

La **brecha** aparece, entonces, cuando comparamos la **escasa inversión pública** con las **estadísticas sobre prevalencia** de enfermedades de salud mental. Esta brecha resulta en una significativa limitación en la entrega eficaz de los tratamientos, infraestructura y equipamiento en salud mental.

En relación al tratamiento de las 85 patologías de salud que actualmente cubre **AUGE/GES, sólo cinco (5,9%) corresponden a patologías neuropsiquiátricas** (depresión, esquizofrenia, consumo de sustancias, Trastorno Afectivo Bipolar y demencias). Por otro lado, existe actualmente una brecha de 921 cargos de médicos psiquiatras adulto e infanto-adolescente para atención ambulatoria, mientras que para psicólogos(as), trabajadores(as) sociales, terapeutas ocupacionales, y enfermeros(as) la brecha es de 421 cargos (14). Así también, existe un déficit en la cantidad de Centros de Salud Mental Comunitarios, Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, Hospitales de Día, Unidades de Cuidado y Rehabilitación Intensiva, y Hogares y Residencias Protegidas. De hecho, en Chile se requieren en total 1.209 de estos dispositivos de atención, pero la oferta es de 377 para todo el país. Incluso cuando se consideran las camas de hospitalización psiquiátrica, se calcula la

necesidad de 2.226 camas y actualmente se cuenta únicamente con 1.433 (14).

Contar con el presupuesto, infraestructura y personal necesario para tratamientos eficaces debe ser fundamental ya que, como **el mismo Estado reconoce, las enfermedades mentales empeoran la calidad de vida, aumentan el riesgo de enfermedades físicas y significan un costo económico y social tanto para las personas como para el país** (10).

En cuanto al **costo económico**, las cifras muestran que la depresión tiene un mayor gasto en el costo total de manejo de la enfermedad que el cáncer (15). A diferencia de otras condiciones médicas, los costos indirectos asociados a las enfermedades de salud mental y abuso de sustancias igualan o exceden los costos directos del tratamiento (16). Estos costos indirectos incluyen el gasto gubernamental en vivienda, bienestar, educación y justicia, además de aquellos vinculados a la pérdida de productividad de las personas (17,18). Así, las condiciones neuropsiquiátricas (trastornos depresivos unipolares y bipolares, esquizofrenia, dependencia y consumo de alcohol y drogas ilícitas, trastornos ansiosos, epilepsia, demencias, Parkinson, migraña, parálisis cerebral infantil y síndrome de déficit atencional del niño) son el subgrupo de enfermedades que implica **más años de vida saludables perdidos por vivir con discapacidad** (AVISA) en Chile, abarcando el 23,2% de los AVISA perdidos en nuestro país (19).

Economistas de la salud plantean que las inversiones de capital no dirigidas a NNA pueden ser entendidas como un “desvío de los recursos” desde el punto de vista de la eficiencia. En este sentido, la intervención temprana en salud mental favorece el abordaje temprano de la sintomatología con mejores resultados que los obtenidos en la adultez (20).

Complementariamente, el reporte de Políticas Públicas para la primera infancia desarrollado por la Universidad de Harvard, señala que las intervenciones dirigidas a niños/as expuestos a experiencias adversas en contextos de mayor vulnerabilidad es uno de los factores clave para el éxito de los programas focalizados en la infancia y la reducción del gasto en salud (21).

En relación a la productividad, la tasa de **ausentismo laboral** por problemas de salud mental se ha estimado entre el 35% y 45% (considerando varios países) (22). A su vez, en Chile los trastornos mentales y del comportamiento se posicionan desde el año 2008 en el primer puesto de licencias otorgadas. Tienen el primer y segundo lugar en **gasto por licencias médicas** (23, 24, 25). Esto implica el 30% del gasto total de licencias médicas en el sistema público de salud y el 21,2% en el sistema privado (10), lo que en 2019 significó un 18,2% del gasto en subsidio por incapacidad laboral (24), representando el segundo mayor gasto en licencias médicas tramitadas. De estas, 55,1% son por episodios depresivos, 21,3% por trastornos de ansiedad y 15,1% por estrés grave y trastornos de adaptación (26). En general, la mayor prevalencia de sintomatología depresiva ocurre precisamente en la población en edad laboral (27). Producto de la pandemia COVID se ha observado en el 2020 un aumento de licencias médicas por trastornos mentales del 28,7%, mientras que el gasto en subsidio por incapacidad laboral por trastornos mentales subió un 24.9% (25). A pesar de ellos, entre

2009 y 2014 en el sistema de salud particular (ISAPRES) sólo se autorizaron el 46,7% del total de días solicitados por licencias médicas por salud mental, mientras que, para licencias médicas por enfermedades no mentales, en promedio se autorizó el 80,5% de los días solicitados (10).

Los **costos sociales** vinculados a las enfermedades de salud mental también son altos. Ya que sufrir de un trastorno mental implica pérdida de productividad y el costo de un tratamiento a largo plazo, esto contribuye a mantener una situación de **pobreza**; al mismo tiempo, vivir en situación de pobreza contribuye a la aparición y mantención de los trastornos mentales, generando un círculo vicioso (22). Es más, la Organización Mundial de la Salud considera que sin una inversión adecuada en salud mental se perpetúa el círculo de la pobreza y se detiene el desarrollo (22). Se debe considerar además la **discriminación** que sufren las personas que padecen trastornos mentales, siendo la más evidente las diferencias en el acceso a tratamiento entre las enfermedades físicas y mentales. Éstas últimas han tenido históricamente una menor cobertura del gasto, ya sea por financiadores públicos o privados, lo que implica una discriminación hacia los pacientes que sufren patologías mentales.

El bajo porcentaje del presupuesto total de salud que es destinado a salud mental y las brechas existentes son contradictorias con lo que la evidencia muestra a nivel mundial y chileno acerca de la **efectividad de los tratamientos**. Cada vez más la evidencia indica que existen intervenciones para los trastornos mentales, tales como la esquizofrenia o la depresión, que son eficaces, asequibles y rentables económicamente (22). Se ha visto que el tratamiento adecuado de las patologías psiquiátricas mejora la salud general de las personas, disminuye los días de trabajo perdidos y la incapacidad laboral (28). También se ha demostrado que las inversiones dirigidas a promover, prevenir, detectar y tratar tempranamente las enfermedades mentales pueden ser rentable y eficaces, produciendo retornos de la inversión inicial a mediano plazo, auto-financiamiento y **disminución de los costos** tanto en salud como en otras áreas (e.g. criminalidad), la mayoría en un **plazo menor a 5 años** (29, 30).

Considerando que en la Estrategia Nacional de Salud (2011-2020) se declara la intención de dar a la salud mental una atención digna y similar a la atención de salud física, **proponemos las siguientes medidas**:

- 1) **Seguir el ejemplo de países como Inglaterra y Australia que han posicionado la temática de salud mental como una prioridad de política pública (31, 32).**
- 2) **Destinar un mayor porcentaje del presupuesto público de salud a salud mental, para alcanzar al menos el 5% que se había propuesto hace más de una década para el 2010 y que se acerca al 5,1% destinado por los países de altos ingresos (13). Al 2030 se podría plantear una meta de 10%, la cual sería más acorde al gasto económico que significan las enfermedades mentales para el país.**
- 3) **Priorizar las patologías mentales dentro de las nuevas enfermedades que serán incorporadas al plan AUGE/GES.**

- 4) **Priorizar las atenciones en salud mental infantil en las nuevas patologías incorporadas al plan AUGE/GES, entendiendo que la salud mental infanto-juvenil es un componente clave para garantizar la protección, el bienestar y la calidad de vida de NNA, que actúa además como un factor protector de la salud mental en la adultez.**
- 5) **Promover una ley similar al Acta de Paridad de la Salud Mental y Equidad de la Adicción de Estados Unidos para disminuir la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales en Chile.**

Esperando consideren nuestras propuestas y promuevan el debate en torno a la salud mental, se despide atentamente,

Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad-MIDAP

Redactores:

Paula Errázuriz, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Carolina Altimir, PhD, Universidad Alberto Hurtado
Paula Dagnino, PhD, Universidad San Sebastián
Marcia Olhaberry PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile, Subdirectora MIDAP
Juan Pablo Jiménez MD, PhD, Universidad de Chile, Director MIDAP

Adhieren de MIDAP:

Alberto Botto, MD, PhD, Universidad de Chile
Alemka Tomicic, PhD, Universidad Diego Portales
Alex Behn, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Álvaro Jiménez, PhD, Universidad Diego Portales
Ana Karina Zúñiga, PhD (c), Universidad San Sebastián
Ana María Gallardo, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Carolina Cares, Encargada de Comunicaciones MIDAP
Candice Fischer, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Catalina Núñez, Est. Doctorado Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile
Catalina Sieverson, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Cecil Mata, PhD (c), Universidad de Chile-Pontificia Universidad Católica de Chile
Claudia Miranda, PhD, Universidad Andrés Bello, Directora Millennium Institute for Caregiving Research (MICARE)
Claudio Martínez, PhD, Director Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia (CEPPS), Universidad Diego Portales
Cristóbal Morales, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Diego Cosmelli, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Elyna Gómez-Barris, PhD (c), Pontificia Universidad Católica de Chile
Francisca Pérez, PhD, Universidad Alberto Hurtado
Graciela Rojas, MD, PhD, Universidad de Chile
Guillermo de la Parra, MD PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile

Irma Morales-Reyes, PhD, docente UNIACC y UAH
Iván Yamil Quevedo, MD, PhD, Universidad de Chile
J. Carola Pérez, PhD, Universidad del Desarrollo
Javier Morán, PhD, Universidad de Valparaíso
Javiera Duarte, Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia (CEPPS), Universidad Diego Portales
Luis Salazar, PhD, Universidad de La Frontera
Manuel Ortiz, PhD, Universidad de La Frontera
María Isabel Gaete Celis, PhD, Laboratorio de Fenomenología Corporal
María Orietta Echávarri, Mag. en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica de Chile
Mariane Krause, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Marianella Abarzúa, PhD, Universidad de Chile
Marianne Cottin, PhD (c), Universidad de Chile-Pontificia Universidad Católica de Chile
Maritza Godoy, Encargada de Administración y Finanzas MIDAP
Natalia Salinas, PhD, Universidad de la Frontera
Nicolle Álamo, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Olga María Fernández, PhD, Universidad de Chile
Pablo Castro, PhD, Universidad de La Serena
Pablo López-Silva, PhD, Universidad de Valparaíso
Paula Zañartu, Encargada de Extensión MIDAP
Sebastián Medeiros, Pontificia Universidad Católica de Chile
Stephanie Vaccarezza, Est. Doctorado Psicoterapia, Pontificia Universidad Católica de Chile
Susana Maldonado, Mag. en Biología, Directora Ejecutiva MIDAP
Susana Morales, PhD, Pontificia Universidad Católica de Chile
Teresa Jerez, Asistente de Dirección MIDAP
Victoria Binda, MD, MSc, Pontificia Universidad Católica de Chile

Referencias

1. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*. 2016;22(1):51-61.
2. MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental. Santiago de Chile; 2017. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017>.
3. Honneyman C. Recognizing mental health problems in children and young people. *Pediatric Nursery* 2007; 19(8): 38-44.
4. UNICEF. 4° Estudio De Maltrato Infantil En Chile. Análisis Comparativo 1994-2000-2006-2012. Disponible en: <http://unicef.cl/web/wp-content/uploads/2015/07/Maltrato-Infantil.pdf>
5. Lieberman A, Ghosh Ippen C, Van Horn P. Don't hit my Tommy. A manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma. Washington: Zero to Three; 2015.

6. Buczynski R, Siegel D, Van der Kolk B, Ogden P, Porges S, Lanuis R. Treating trauma master series. National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine; 2018. Disponible en: <https://www.nicabm.com/program/treating-trauma-master/>
7. Bravo D, Errázuriz A, Campos D, Fernández G. Termómetro de la Salud Mental en Chile Achs-UC: Tercera Ronda. Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), y Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales; 2021. Disponible en: <https://www.achs.cl/portal/centro-de-noticias/Documents/Termometro SM version3.pdf>
8. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021.
9. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile: MINSAL; 2000.
10. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago, Chile: MINSAL; 2017.
11. World Health Organization. Government expenditures on mental health as a percentage of total government expenditures on health (%). Geneva, Switzerland: WHO; 2013.
12. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Chile. Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile. Santiago, Chile: OMS, MINSAL; 2006.
13. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Chile. Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile: Segundo Informe. Santiago, Chile: OMS, MINSAL; 2014.
14. Ministerio de Salud de Chile. Plan de Acción de Salud Mental 2019-2025. Santiago, Chile: MINSAL; 2021.
15. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Di Virgilio R, Rizzo F. Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. *J Ment Health Policy Econ*. 2000;3(1):3-10.
16. Insel TR. Assessing the economic costs of serious mental illness. *Am J Psychiatry*. 2008;165(6):663-5.
17. Hu T-W. Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(1):3-13.
18. Organisation for Economic Co-operation and Development. Policy Brief: Mental Health in OECD Countries. *OECD Observer*; 2008.
19. Ministerio de Salud de Chile. Informe Final. Estudio de Carga por Enfermedad y Carga Atribuible. Santiago, Chile: MINSAL; 2007.
20. Heckman J. Investing in disadvantaged young children is good economics and good public policy. *Research and Economics* 2007; 54: 3-56.
21. Center on the Developing Child at Harvard University. A Science-Based Framework for Early Childhood Policy: Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children; 2007. Disponible en: <http://www.developingchild.harvard.edu>
22. World Health Organization. Investing in mental health. Evidence for action. Geneva, Switzerland: WHO; 2013.

23. Superintendencia de Salud. Análisis de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral Año 2011. Santiago, Chile: Superintendencia de Salud; 2013. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-7835_recurso_1.pdf
24. Superintendencia de Seguridad Social. Estadísticas de Licencias Médicas de Origen Común 2019. Santiago, Chile: SUSESO; 2019. Disponible en: https://www.suseso.cl/605/articles-601439_recurso_1.pdf
25. Superintendencia de Seguridad Social. Estadísticas de Licencias Médicas y Subsidios por Incapacidad Laboral 2020. Santiago, Chile: SUSESO; 2020. Disponible en: <https://www.suseso.cl/605/w3-article-652634.html>
26. Superintendencia de Seguridad Social. Análisis de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral Año 2011. Santiago, Chile: SUSESO; 2012.
27. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Auge. Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, Chile: MINSAL; 2013.
28. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental Health – New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
29. Knapp M, McDaid D, Mossialos E, Thornicroft G. Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. España: Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios; 2007.
30. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. London: Department of Health; 2011.
31. HM Government. No Health without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages. London: HM Government; 2011.
32. Department of Human Services. Because Mental Health Matters: Victorian Mental Health Reform Strategy 2009-2019. Australia: Mental Health and Drugs Division, Department of Human Services; 2009.