

2017

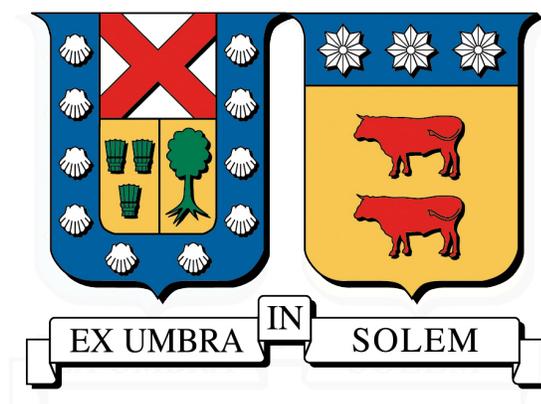
SALUD MENTAL EN CHILE: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA CON ENFOQUE EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES.

FERRARI GUTIÉRREZ, DOMÉNICO JESÚS

<http://hdl.handle.net/11673/24468>

Repositorio Digital USM, UNIVERSIDAD TECNICA FEDERICO SANTA MARIA

UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA
DEPARTAMENTO DE INDUSTRIAS
SANTIAGO - CHILE



**SALUD MENTAL EN CHILE: ANÁLISIS Y PROPUESTAS DE
POLÍTICA PÚBLICA CON ENFOQUE EN LA PROMOCIÓN DE
LA SALUD MENTAL Y LA PREVENCIÓN DE LOS
TRASTORNOS MENTALES**

DOMÉNICO JESÚS FERRARI GUTIÉRREZ

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

PROFESOR GUÍA : SR. JAVIER SCAVIA
PROFESOR CORREFERENTE : SR. JOSÉ MIGUEL GONZÁLEZ

AGOSTO 2017

Agradecimientos

Me es imposible llegar a hasta este momento de escritura (el último de mi memoria) y no reflexionar sobre todo mi paso por la Universidad. Pareciera que no fue hace tanto, pero ya camina por delante el séptimo año desde aquel Marzo del 2011 en el que ingrese a mi pregrado universitario sin tener mucha idea de muchas cosas, y la verdad es que solo puedo decir gracias. Primero a mis padres, Esteban y Verónica, porqué simplemente sin ustedes y los valores y aprendizajes que me han inculcado a lo largo de mis ya 24 años, no sería lo que hoy en día soy, gracias de verdad por todo el amor, apoyo, sacrificio y entrega por mi, los valoro y los amo. Principalmente rescato dos valores: el esfuerzo y el sentido más amplio del significado de la familia y el amor. Y es en este último que agradezco a Italo, Angelo y Valentina mis amados hermanos, por todo el amor y el cariño brindado siempre, las palabras de apoyo, y el hecho de siempre estar ahí preocupados de alguna u otra manera de mi bienestar, no saben cuanto los amo. Gracias también a un hermano que no es de sangre, pero que los años y la conversación lo han ido transformando en uno más, Mauricio al igual que a mis hermanos, te agradezco por el amor y el cariño. Agradezco también a mis abuelos que están y los que no, por ser parte indiscutible en la entrega de valores y conocimientos hacia mi persona. Pero si algo siento que debo agradecer es el privilegio de haber llegado a la Universidad y por sobre todo el espectacular paso universitario que tuve, del cual principalmente rescato a las maravillosas personas que conocí y con las que compartí mis vivencias universitarias. Agradezco primero a Felipe Aguilar por tu tremenda amistad entregada durante estos años de estudio, de verdad fuiste una persona fundamental dentro de mi vida universitaria, gracias. Gracias por ser parte también del grupo de amigos incondicionales con Nicolás Salas, Juan Ignacio Castillo, Nicolás Moya, Matías Pineda, Nicolás Soto y Jorge Cáceres, gracias por sus amistades y la entrega de cariño durante estos años, sin duda el formar parte de este grupo humano es de las cosas más importantes que me llevo de mi paso por la Universidad, son de verdad bacanes. Gracias a las cabras, Marianela y Pia, por ser las bonitas amigas que son y estar ahí siempre de alguna u otra forma, son grande cabras y son parte de mi camino. Agradezco también a mis amigos del colegio, Rodrigo Medel, Jairo Solís y Sebastián Toro, por ser

pilares de amistad y apoyo inquebrantable en todo momento y estar ahí en las buenas, las malas e incluso las más feas, no saben lo que significan para mí. Agradezco también a Nicol, fuiste una gran compañera en gran parte de este proceso, gracias por tu apoyo y amor sincero durante nuestro camino juntos. Por último, agradezco al conocimiento, pero sin el afán de desmerecer el conocimiento académico, agradezco por el conocimiento humano, de la realidad del día a día, el de las personas, el que me hizo salir de mi burbuja en la cual entre en aquel Marzo del año 2011 e hizo que haya ampliado mi mente y derribado tantos discursos aprendidos desde niño chico por uno u otro motivo respecto a uno y mil temas, es de verdad lo que más agradezco, el hecho de sentir fielmente que después de casi siete años de formación, soy una mejor persona.

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación busca generar una propuesta para la mejora de la situación de la salud mental (SM) en Chile. Lo antes descrito, enfocado en promoción de la salud mental (PSM) y prevención de los trastornos mentales (PTM). Primero se realiza una investigación con el fin de diagnosticar la situación de la SM en Chile de forma general, para luego enfocarse respecto al desarrollo de PSM y PTM. Luego se procede a revisar la experiencia internacional, como también se genera una revisión de la literatura sobre la temática. Al ya poseer la información antes descrita, se procede a analizar el borrador del plan nacional de salud mental para los años 2016-2025, como también la situación de la salud mental ocupacional en Chile, desde una perspectiva legislativa respecto a la PSM y PTM, para así generar las propuestas de mejora.

La presente investigación muestra el hecho de que en Chile la salud mental como temática se ha desarrollado a lo largo de los años, pero este desarrollo no ha sido suficiente si se analiza el fuerte incremento en las tasas de prevalencia de trastornos mentales, como también de suicidio en el país. Respecto a la problemática antes descrita, en esta investigación se vincula como un posible factor el hecho de que las acciones respecto a la SM en Chile se han desarrollado principalmente en tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales, dejando de lado la PSM y la PTM. Es por esto que se propone incorporar a la PSM y la PTM dentro del plan nacional de SM 2016-2025 como una línea de acción por sí sola, con indicadores y acciones al respecto. Además de crear la comisión nacional de salud mental, como un ente garante del desarrollo de estas acciones y otras más respecto a la SM en general. Por último se propone respecto a la salud mental ocupacional, la inclusión de las administradoras del seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (mutuales de seguridad), como agentes de PSM y PTM en el lugar de trabajo, a partir de la modificación de la Ley N° 16.744.

Palabras Clave. Salud Mental, Promoción de la Salud Mental, Prevención de Trastornos Mentales, Salud Mental Ocupacional.

ABSTRACT

The following research seeks to find a proposal to improve the mental health (MH) situation in Chile. This was done, starting from the promotion of mental health (PMH) and mental disorders prevention (MDP). Firstly, an investigation was carried out to diagnose the general situation of MH in Chile to then focus on the development on PMH and MDP. Following this, a revision of international literature and related articles were made. Having this done, the Mental Health National Plan Draft for 2016-2025 was revised and analysed. In addition, the situation of occupational mental health in Chile was studied, from a legal point of view regarding the PMH and MDP in order to create proposals for improvement.

This investigation shows the fact that mental health in Chile, as a topic has been developed over the years. Although this has not been enough considering the increasing rates of both mental disorders and suicide rates in the country. The fact that the actions on mental health in Chile have been mainly in treatment and rehabilitation, leaving behind the PMH and MDP is a possible factor according to this investigation. Therefore, incorporating the PMH and MDP into the national plan of MH of 2016-2015 is proposed as a line of action by itself, with indicators and respective actions. Furthermore, the creation of a national committee of mental health as a guarantor entity of the development of actions regarding MH in general. Finally, regarding occupational mental health, the inclusion of social insurance administrators against work related accidents and diseases (mutual insurance) is proposed, after the modification of the N°16.744 law.

Keywords. Mental Health, Promotion of Mental Health, Prevention of Mental Disorders, Occupational Mental Health

Índice de Contenidos

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Objetivos	2
1.1.1. Obejtivo General	2
1.1.2. Obejtivos Específicos	3
2. SALUD MENTAL	4
2.1. Salud Mental en Chile	8
2.1.1. Política y marco legislativo	12
2.1.2. Servicios de salud mental	16
2.1.3. Recursos Humanos	21
2.1.4. Suicidio en Chile	25
2.1.5. Comportamiento de la población con las drogas	31
2.1.6. Licencias médicas mentales en Chile	34
2.2. Salud ocupacional y salud mental	36
2.2.1. Estrés Laboral	37
2.2.2. Factores y riesgos psicosociales	39
2.2.3. Evaluación de riesgos psicosociales	43
2.2.4. Salud mental ocupacional en Chile	44
2.3. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales	46
2.4. Estructura de la salud mental, salud mental ocupacional y la promoción de la salud en Chile	48
2.4.1. Subsecretaría de salud pública	49
2.4.2. Subsecretaria de redes asistenciales	53
2.4.3. Instituciones administradoras de la Ley 16.744	55
3. SITUACIÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD MENTAL	57
3.1. Situación América Latina y el Caribe	62
3.1.1. Política y Marco Legislativo	64
3.1.2. Financiamiento	65
3.1.3. Servicios de Salud Mental	66
3.2. Situación salud mental en Europa	69
3.2.1. Política y Legislación	70
3.3. Promoción y prevención de la salud mental en europa	71
3.3.1. Situación salud mental laboral en la Unión Europea	72

3.4. Modelo de Inglaterra	75
3.5. Modelo de España	80
3.6. Modelo de Canadá	83
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA	91
4.1. Los Trastornos Mentales como Causa de Pérdidas de Productividad	91
4.2. Factores y distribución de las afecciones de trastornos mentales en la fuerza laboral	94
4.3. Programas de prevención, promoción y mejora de la salud mental	97
4.3.1. Contexto Laboral	97
4.3.2. Contexto Escolar	101
4.3.3. Contexto Adulto mayor	103
4.3.4. Contexto Pre natal	103
5. PROPUESTAS	105
5.1. Análisis del desarrollo de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en Chile	105
5.1.1. Respecto al programa de promoción de la salud en Chile	105
5.1.2. Respecto al plan nacional de salud mental del año 2001	111
5.1.3. Respecto a programas vigentes del departamento de salud mental del Ministerio de Salud	112
5.1.4. Respecto a la salud ocupacional mental en Chile	115
5.2. Análisis respecto al borrador del Plan Nacional de Salud Mental año 2016- 2025	117
5.2.1. Antecedentes	117
5.2.2. Líneas de acción	117
5.2.2.1. Respecto a la línea de acción de regulación y derechos humanos	118
5.2.2.2. Respecto a Provisión de Servicios de salud Mental	120
5.2.2.3. Financiamiento	120
5.2.2.4. Monitoreo, evaluación y mejora continua de la calidad	121
5.2.2.5. Recursos humanos y formación	122
5.2.2.6. Participación	123
5.2.2.7. Intersectorialidad	124
5.3. Propuestas: Fortaleciendo el Plan Nacional de Salud Mental 2016-2025 y la Promoción de la salud mental y la Prevención de los trastornos mentales en Chile	125
5.3.1. Propuestas y recomendaciones al borrador de plan nacional de salud mental 2016 - 2025 para Chile	125
5.3.1.1. Recomendaciones al plan y sus líneas de acción	125
5.3.1.2. Incluyendo a la promoción de la salud mental y la pre- vención de trastornos mentales como un eje central del plan	128
5.3.2. Fortaleciendo la acción de promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en Chile	129

5.3.3. Las administradoras del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales como agentes de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales 132

6. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES **136**

Bibliografía **140**



Índice de Tablas

2.1. Comparación entre los años 2004 y 2012 del número total de dispositivos de salud mental existentes en el sector público chileno. (Fuente: Facultad de Medicina Universidad de Chile (2014))	19
2.2. N° de camas en hospitales psiquiátricos años 2000-2005-2012. (Fuente: Facultad de Medicina Universidad de Chile (2014))	20
2.3. Distribución de número de muertes por suicidio, accidentes de tránsito y agresiones en Chile para el año 2009. (Fuente: Centro de Políticas Públicas UC (2015))	26
2.4. Tasa de mortalidad por suicidio, según grupo de edad y región desde la región Arica y Parinacota hasta la región Metropolitana (RM) en Chile, año 2010. Tasa por cada 100.000 personas. (Fuente: Centro de Políticas Públicas UC (2015))	27
2.5. Tasa de mortalidad por suicidio, según grupo de edad y región desde la región de O'higgins hasta la región de Magallanes en Chile, año 2010. Tasa por cada 100.000 personas. (Fuente: Centro de Políticas Públicas UC (2015))	27
2.6. Tasa de mortalidad por suicidio, según grupo de edad y región desde la región de O'higgins hasta la región de Magallanes en Chile, año 2010. Tasa por cada 100.000 personas. (Fuente: Silva et al. (2013))	28
2.7. Evolución de las prevalencias de consumo, según año. Chile, 1994-2014. (Fuente: Observatorio Chileno de Drogas (2014))	32
2.8. Evolución de las prevalencias de consumo, según sexo, tramos de edad y nivel socioeconómico. Chile, 2012-2014. (Fuente: Observatorio Chileno de Drogas (2014))	32
3.1. Año de publicación de políticas, planes y leyes de salud mental, por país. (Fuente: OPS (2013))	64
3.2. Porcentaje del presupuesto total de salud asignado para salud mental y porcentaje de los gastos de salud mental asignada a los hospitales psiquiátricos, según países/territorios. (Fuente: OPS (2013))	66
3.3. Número de dispositivos de cada categoría, por país, por 100.000 habitantes Hospitales. (Fuente: OPS (2013))	67

Índice de Figuras

2.1. Comparación del porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (%) entre Chile y países de diferentes niveles de ingresos. Fuente: Facultad de Medicina Universidad de Chile (2014)	15
2.2. Comparación de los recursos humanos de salud mental en el sistema público respecto a los años 2004 - 2012. Tasas por 100.000 inscritos en FONASA. Fuente: Facultad de Medicina Universidad de Chile (2014)	21
2.3. Comparación de los recursos humanos de salud mental en Chile años 2004 - 2012. Tasas por 100.000 habitantes. Fuente: Facultad de Medicina Universidad de Chile (2014)	22
2.4. Comparación de la tasa de formación de profesionales de salud mental con al menos 1 año de entrenamiento en atención de personas con enfermedades mentales. Chile 2004 - 2012. Fuente: Facultad de Medicina Universidad de Chile (2014)	23
2.5. Comparación de proporción de horas de formación de pregrado dedicados a salud mental y psiquiatría. Chile 2004 - 2012. Fuente: Facultad de Medicina Universidad de Chile (2014)	24

1 | INTRODUCCIÓN

La temática de la salud y como esta se desarrolla y se entiende por las personas, ha ido mutando a lo largo de los últimas décadas tanto a nivel internacional como a nivel nacional. De esta forma por ejemplo, en el Chile de hoy año 2017, las personas se preocupan más por su buena salud física aumentando así sus niveles de actividad física, la búsqueda de comidas saludables e incluso se desarrollan programas como son los kioscos saludables en los colegios y lugares en las comunas, con el afán de generar nuevas conductas saludables. Los cambios no solo han sido respecto a la salud física, y es que también en el país hace ya unas décadas se ha comenzado a desarrollar la temática de la salud mental y por consiguiente la de los trastornos mentales. Hoy en día en Chile el panorama no parece tan alentador, con indicadores que sitúan a los problemas de salud mental como la principal fuente años de vida perdidos por discapacidad o muerte, además de poseer altas tasas de consumo tanto de alcohol como de algunas otras sustancias en segmentos de la población y tener también un aumento sostenido en los últimos años respecto a la tasa de suicidio en la población.

Entre las principales formas para dar respuesta a las necesidades y guiar las acciones de la salud mental dentro de los países del mundo, y en coordinación con la Organización Mundial de la Salud, han estado los planes nacionales de salud mental, como un instrumento estratégico de desarrollo en la materia. En Chile se han desarrollado dos planes nacionales de salud mental. El primero de estos en el año 1993 y el segundo del año 2001, que hasta la fecha es además el plan nacional vigente. Cabe resaltar que estos planes nacionales han traído consigo avances respecto a la materia, como han sido el fuerte incremento en los dispositivos de salud mental dentro de la red de servicios de salud, además lo antes descrito, con un fuerte sentido respecto a la salud mental comunitaria y descentralizada, también la

inserción de la salud mental dentro de la atención primaria ha sido un avance en los últimos años lo que se complementa también con la incorporación de ciertas patologías dentro del plan auge. También a partir de los planes nacionales, se ha desarrollado en el tiempo un soporte organizacional tanto a nivel central respecto al departamento de salud mental del Ministerio de Salud, como también a nivel local respecto a los servicios de salud mental para el desarrollo de la materia a nivel nacional.

Lo antes descrito han sido avances que se han ido generando respecto a la salud mental en nuestro país a partir de los planes nacionales, pero el problema respecto a la materia surge cuando se pregunta si estos avances han sido suficiente para abordar la temática de la salud mental en Chile, y la respuesta a vista de la situación actual y como se ha desarrollado en el tiempo, parece ser no. A partir de esto, es que a continuación se presenta una investigación respecto a la situación actual de la salud mental en Chile de forma general, es decir conociendo diferentes aristas de desarrollo de la temática de la salud mental en Chile, para luego y en base a la experiencia internacional en la materia y la discusión académica y científica, generar una propuesta de mejora en relación a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Lo antes descrito en base al 'Borrador del plan nacional de salud mental 2016-2025' como también a legislación vigente, y más específicamente a la Ley N°16.744 que hace referencia a 'Las administradoras del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales'.

1.1. Objetivos

1.1.1. Obejtivo General

Proponer una mejora al sistema de Salud Mental en Chile, con enfoque en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, lo antes descrito a partir del estudio de la situación actual de esta materia en el país y las políticas públicas que se han impulsado en el tiempo.

1.1.2. Obejtivos Específicos

- Conocer de forma global el sistema de salud mental en Chile y el estado de la salud mental en la población chilena.
- Analizar el desarrollo de las políticas públicas ligadas a la salud mental en Chile y conocer su vinculación con la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.
- Conocer la experiencia internacional en países líderes respecto al desarrollo de la salud mental y las temáticas de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales.
- Conocer lo que la academia plantea respecto a la salud mental y los trastornos que la afectan, como también respecto a las acciones en promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales.
- Entregar nociones de los cambios que trae consigo el desarrollo del nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2016 - 2025, a partir del documento borrador disponible.
- Conocer la orgánica institucional de la salud mental, la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en Chile.

2 | SALUD MENTAL

La OMS define a la salud como 'un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades' ([Organización Mundial de la Salud, 2017a](#)).

A partir de esto se entiende que la salud mental, la salud física y la salud social son componentes que interactúan constantemente para generar un todo que es el completo estado de bienestar físico, mental y social que una persona debe tener para desarrollar su vida.

A su vez la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual él individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad ([Organización Mundial de la Salud, 2013](#)).

Respecto a la salud mental, su principal fuente de deterioro o afección, es a partir de los trastornos mentales y del comportamiento que se caracterizan por poseer una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones interpersonales del individuo que hacen que su salud mental se vea afectada.

La [Organización Mundial de la Salud \(2017b\)](#) indica que las principales consecuencias de sufrir alguno de estos trastorno en términos de síntomas se encuentran por ejemplo:

- **Depresión:** presenta síntomas tales como la tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, además frecuentemente tiene sentimientos de culpa o bajo autoestima, en su día a día presenta trastornos del sueño y del y/o del apetito, cansancio y falta de concentración. Incluso en su forma más grave de síntoma puede llevar al suicidio.

- Trastorno Afectivo Bipolar: presenta como síntoma característico la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal. Además presenta anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Además estos eventos de psicosis suelen ir acompañados por alucinaciones y/o delirios.
- Demencia: se presenta como su principal síntoma el deterioro de la función cognitiva, es decir la capacidad para procesar el pensamiento. Además se presentan efectos nocivos en la memoria, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

Lo antes descrito son solo algunos síntomas de algunos trastornos mentales de los que existen hoy en día y ya muestran como es posible que una persona se afecte por ellos. Hoy en día existe una amplia gama de posibles trastornos mentales y del comportamiento que pueden afectar el desarrollo normal de un ser humano. Para poder tener una definición global y única de estos, es que se desarrolla la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).¹ Cabe señalar el hecho de que la mayoría de las enfermedades mentales presentan un curso crónico de desarrollo, y al no ser detectados y tratados oportuna y adecuadamente, llegan a producir en el tiempo altos niveles de discapacidad ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015c](#)).

Es importante entender que la salud mental y los trastornos mentales que la afectan, no son determinados tan solo por características individuales de las personas como lo son la capacidad de gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones sociales, sino más bien, son una suma de factores individuales, sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales que conviven día a día en el desarrollo de la vida de las

¹La CIE-10 es la clasificación de diagnóstico ordinaria internacional para fines epidemiológicos y de gestión sanitaria y uso clínico y se utiliza para recolectar información sobre salud en los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. En particular, se emplea en la clasificación de enfermedades, accidentes, razones de consulta médica y otros problemas de salud notificados a los diversos tipos de registros de salud y a los registros vitales. Además de facilitar el almacenamiento y la recuperación de información diagnóstica con finalidades clínicas, epidemiológicas y de calidad, los registros resultantes sirven de base para la compilación de las estadísticas nacionales de mortalidad y morbilidad por los Estados Miembros de la OMS. La CIE-10 proporciona, en fin, un marco conceptual para la clasificación de las enfermedades en el que se desarrolla todo un capítulo para los posibles trastornos mentales y de comportamiento que hoy en día se diagnostican a lo largo del mundo. Fuente: ([Organización Panamericana de la Salud, 2017](#))

personas ([Organización mundial de la Salud, 2013](#)). A partir de lo antes descrito se entiende que dependiendo del contexto local de desarrollo de las personas estas pueden correr riesgos mentales significativamente mayor que otras personas que se desarrollan en contextos diferentes. Entre estos contextos que se señalan, aunque no es siempre así, existe mayor vulnerabilidad en personas que viven en contextos de pobreza, personas con problemas de salud crónicos, niños expuestos a maltratos o abandono, adolescentes expuestos por primera vez al abuso de sustancias, grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, los mayores de edad, personas que han sido sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias ([Organización mundial de la Salud, 2013](#)).

Lo antes descrito es en base a causalidad y determinantes de los trastornos mentales. Pero existen además las consecuencias que las personas que desarrollan trastornos mentales deben enfrentar. Ejemplo de estas son las tasas desproporcionadamente mayores de discapacidad y mortalidad que tienen las personas afectadas por trastornos mentales. Respecto a esto se tiene el hecho de que las personas que sufren depresión mayor o esquizofrenia, tienen una probabilidad de muerte prematura entre un 40-60 % mayor que la población general. También se tiene el hecho de que la depresión predispone el infarto al miocardio y a la diabetes. Lo antes descrito es relacionado con las consecuencias médicas de las personas que sufren trastornos mentales, pero además de estas, se encuentran las consecuencias tales como la estigmatización, la discriminación, la encarcelación impropia y muchas más violaciones y/o negaciones a los derechos humanos, económicos, sociales y culturales ([Organización mundial de la Salud, 2013](#)).

En el contexto de las consecuencias antes planteadas, la [Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico \(2011\)](#) indica que las personas que sufren un trastorno mental grave, como por ejemplo la esquizofrenia, están normalmente distanciados del mercado laboral y necesitan de distintos tipos de ayuda para poder encontrar un trabajo digno y que este sea sostenible en el tiempo. En complemento [Evans-lacko et al. \(2013\)](#) menciona que aquellas personas que sufren 'trastornos mentales comunes' es decir depresión o trastornos de ansiedad, son empleados, pero muchos de ellos están en mayor riesgo

de pérdida del trabajo y la exclusión así del mercado laboral.

Un problema importante en el contexto de la salud mental y su tratamiento en los diferentes países es el que plantea respecto a los servicios de salud mental, ya que a lo largo de la mayoría de los países y por sobre todo en los de ingresos bajos y medios, se tienen problemas de asignación de recursos para poder desarrollarse y beneficiar así a la población. Además existe la problemática de que la mayoría de los recursos destinados a la salud mental, son utilizados para la atención y tratamiento especializado de los enfermos mentales y en una menor medida en desarrollar sistemas integrados de salud mental y estrategias de promoción y prevención de esta ([Organización mundial de la Salud, 2013](#)).

El hecho de desarrollar un sistema integrado de salud mental hace referencia a que en lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los sistemas de salud deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria de los hospitales generales y crear servicios comunitarios de salud mental. Además existe la problemática de los reducidos fondos disponibles para la promoción de la salud mental, la que se entiende como las estrategias y programas destinados a lograr resultados positivos en materia de salud mental y promover esta durante todo el ciclo de la vida, para así garantizar un inicio de infancia saludable en los niños y evitar trastornos mentales en edades de adultez y vejez.

Por último se menciona el hecho de que los problemas mentales van más allá de los costos individuales que en este apartado han sido mencionados. También traen consigo grandes costos sociales y económicos, esto en relación con que el hecho de que a los costos de los servicios sanitarios hay que sumarles los costos por desempleo y reducción de productividad, los del impacto en las familias y cuidadores, los asociados con niveles de crimen e inseguridad ciudadana, y el costo atribuido al impacto negativo de la muerte prematura. Adicionalmente, hay muchos otros costos incalculables que no se tienen en cuenta, como por ejemplo, los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familiares ([Jané-Ilopis, 2004](#)).

2.1. Salud Mental en Chile

Para comenzar a analizar la situación de la salud mental en Chile, es necesario primero saber que existen muy pocos estudios que se hayan realizados a nivel poblacional sobre la situación de la salud mental en términos de prevalencia de trastornos mentales. La gran mayoría de los estudios que se desarrollan respecto a la prevalencia de trastornos mentales en la población se hacen de forma específica para solo un trastorno determinado y en base a una población específica de estudio. En este contexto es que a continuación se presentan algunos datos de la prevalencia de los trastornos mentales en Chile en base al 'Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica' (Vicente et al., 2002).

- El 36 % de los chilenos había sufrido alguna vez un desorden psiquiátrico en su vida
- El 22,6 % de la población había tenido un desorden psiquiátrico en los últimos seis meses.
- En el análisis de la prevalencia de vida de los trastornos mentales estudiados se encontró que los más frecuentes fueron la agorafobia con un 11 %, la depresión mayor con un 9 %, la distimia con un 8 % y la dependencia del alcohol con un 6,4 %. Estos mismos trastornos fueron los que recibieron una mayor frecuencia entre la prevalencia de 6 meses teniendo para este caso frecuencias de un 5,1 %, 4,6 %, 3,2 %, y un 4,3 % respectivamente para los trastornos antes mencionados.
- El grupo de los trastornos ansiosos fue el más frecuente en la población, 17,9 % para prevalencia de vida y 9,7 % para la prevalencia de los últimos 6 meses. Los trastornos por uso de sustancias fueron los más frecuentes en la prevalencia de 6 meses, con 9,8 %. Los trastornos afectivos como grupo alcanzaron 15 % de la población a lo largo de la vida, y a 7,9 % en los últimos 6 meses.
- Se encontró el hecho de que aquellas personas que estaban separadas o anuladas de su relación de matrimonio presentaban la mayor tasa de trastornos efectivos seguidos por los que permanecían solteros.

Además en este contexto el 'Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible en Chile' ([Departamento de Salud Pública Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008](#)) muestra que un 23,2 % de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) a nivel nacional están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. Siendo para los hombres la carga de un 20,4 % y para las mujeres de un 25,9 %.

Estos números se incrementan al analizar segmentos de la población más específicos como son personas de entre 20 y 44 años en donde un 30,2 % de sus AVISA son causadas por condiciones neuro psiquiátricas. Además este es el grupo etario que mayor carga de AVISA a nivel nacional tiene con una carga de 39,5 %. Entre los hombres en el rango etario antes descrito la principal causa de pérdida de AVISA fue la dependencia del alcohol mientras en las mujeres la principal causa fueron los trastornos depresivos unipolares. El porcentaje aumenta incluso más, al analizar los AVISA de la población comprendida entre los 10 y 19 años en donde un 38,3 % se atribuye a condiciones neuro psiquiátricas, donde el peso de estas se concentra principalmente por los trastornos del ánimo y la migraña. Cabe destacar que este grupo concentra el 9,58 % del total de AVISA de la población. Respecto ahora a la causa específica de pérdida de AVISA en Chile, el informe indica que el trastorno depresivo es la segunda causa de pérdida de AVISA a nivel nacional, siendo solamente superado por la enfermedad hipertensiva del corazón.

Cabe resaltar respecto al trastorno depresivo y su desarrollo en nuestro país, el hecho de que aunque este haya sido incorporado como una patología al plan AUGE/GES en el año 2006 esta no ha disminuido de forma importante ([Errázuriz et al., 2015](#)). Lo antes mencionado es en base al hecho de que en el año 2003 un 17,5 % de la población había presentado síntomas depresivos, cifra que para el año 2009 había bajado a un 17,2 %, mostrando de todas formas un fuerte aumento en segmentos específicos como las mujeres entre 45 y 64 años pasando de un 22,2 % a un 30,1 % y en los hombres de 25 a 44 % pasando desde un 8,3 % a un 11,0 % entre los años mencionados anteriormente. Hoy en día en el año 2017 y según declara la OMS en base a información del Ministerio de Salud, en Chile una de cada cinco personas sufre síntomas depresivos que pueden generar algún grado de incapacidad funcional. En el caso de los hombres la tasa es de un 8,5 % y para las

mujeres de un 25,7 % (Rehbein, 2017).

Además de lo antes planteado Chile es el segundo país de la OCDE que más ha aumentado su tasa de suicidios durante los últimos años, incluso en los hombres es una de las principales diez causas de muertes a nivel nacional, concentrando un 19,1 % de la mortalidad masculina Errázuriz et al. (2015). El suicidio se abordará como una temática más adelante.

Por último y respecto al tratamiento en salud mental, Saldivia et al. (2016) menciona el hecho de que menos de la mitad de aquellas personas que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico en el año 2016 en nuestro país recibieron algún tipo de atención en los últimos seis meses, mientras solo un 36,5 % recibió atención de salud mental o de un médico especialista o general. Además el uso de servicios especializados solo fue de un 6,31 %. Ahora respecto a tratamiento de trastornos psiquiátricos específicos, Saldivia et al. (2016) menciona que más de la mitad de las personas con trastornos bipolares y casi la mitad de aquellos que sufren de depresión mayor no han sido tratados en nuestro país. Además Saldivia et al. (2016) también menciona el hecho de que estas brechas respecto a niños y adolescentes son aún mayores producto de la menor oferta de servicios para ese segmento de la población.

La realidad le ha demandado al Estado de Chile desarrollar políticas públicas de salud mental para el país. En este contexto, se desarrolló el primer plan nacional de salud mental en el año 1993 y en este los focos de trabajo iban dirigidos en:

- La integración de contenidos de salud mental en todos los programas de salud y la formulación de un Programa de Salud Mental integrado para los 3 niveles de atención²
- La incorporación en la estructura del Sistema Nacional de Salud, de un soporte organizacional que permitiese la adecuada implementación del Plan, constituido por Unidades de Salud Mental tanto a nivel central como en los Servicio de Salud,

²Los tres niveles de atención hacen referencia a la organización en niveles diferentes de complejidad para la salud pública. De esta forma el primer nivel es aquel de mayor cobertura y menor complejidad médica, el segundo nivel tiene mayor complejidad y menor cobertura que el primer nivel y tiene un enfoque más especialista en tratamientos médicos, por último el nivel terciario que representa a aquellos tratamientos que se realizan bajo hospitalización sin incluir los partos del programa mujer. Fuente:

además un Consejo Técnico de Salud Mental y un Consejo Intersectorial de Salud Mental en cada uno de estos Servicios.

- El desarrollo de la atención de salud mental en la Atención Primaria de Salud
- La capacitación continua de los equipos de salud en temas y contenidos de salud mental, así como la protección de la salud mental de los trabajadores de la salud
- La generación de propuestas legales tendientes a proteger los derechos de las personas afectadas por problemas de salud mental.

Luego de este primer paso en el desarrollo de políticas públicas de salud mental en donde lo que se busca es posicionar a la salud mental como un factor dentro de la salud, se desarrolla en el año 2000 un nuevo plan nacional de salud mental en donde se señaló 'la necesidad de implementar un modelo basado en una atención inserta en la comunidad, que permita la integración social de los usuarios, que se respete sus derechos y el de sus familias, que entregue de modo eficiente y sostenido una respuesta como Estado de Chile a todos los ciudadanos que sufren enfermedades mentales'. Al igual que en el primer plan mencionado, tuvo focos de trabajo y estos fueron dirigidos en:

- La incorporación de la atención de problemas y trastornos mentales en atención primaria y el aumento de la capacidad resolutive de ésta, a través de la consultoría de salud mental
- La diversificación de la oferta de servicios impulsando la creación de Hospitales Diurnos, Centros Diurnos, Hogares Protegidos, Clubes Sociales, Talleres Laborales y Talleres Ocupacionales Protegidos, entre otros.
- La desinstitucionalización de personas desde los hospitales psiquiátricos
- La ampliación y fortalecimiento de la hospitalización de corta estadía en hospitales generales.
- El desarrollo de centros de salud mental comunitaria.
- El refuerzo de la participación de familiares y usuarios.

En el contexto del desarrollo del 'Plan Nacional de Salud Mental del año 2001' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2001](#)), el MINSAL comenzó a desarrollar sistemas de diagnóstico para el sistema de salud mental de Chile en base a los instrumentos de evaluación de salud mental de la OMS. De esta forma se desarrolló el primer informe con los instrumentos de evaluación de salud mental de la OMS en el año 2004 y luego en el año 2014 se desarrolló el segundo informe al sistema de salud mental en Chile con el propósito de conocer los avances y/o posibles retrocesos respecto a la edición del año 2004. A continuación se presenta el diagnóstico a la salud mental en Chile a partir de los ejes tratados en el 'Segundo informe del sistema de salud mental de Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#))

2.1.1. Política y marco legislativo

Respecto al marco legislativo de la salud mental y su sistema de desarrollo en el país, el informe distingue los siguientes hechos:

- Chile no dispone de una legislación específica sobre salud mental.
- No se reconoce el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental.
- Se permite declarar la interdicción de una persona con discapacidad mental con facilidad y nombrar un curador para que maneje sus bienes.
- Se establece que el derecho de las personas con discapacidad mental para conocer la información de su ficha clínica puede ser negado a criterio del médico tratante, esto en total contraposición con el estándar actual de la OMS.
- No se contempla la creación de una autoridad independiente para supervisar las hospitalizaciones involuntarias y otras restricciones de derechos ni tampoco mecanismos de apelación.
- No reconoce el derecho exclusivo de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles.

Cabe resaltar que según menciona [Hernando \(2016\)](#) el hecho de que no se cuente con una legislación específica sobre la materia de salud mental genera, además de las problemáticas antes señaladas, que se trate a la salud mental de manera dispersa a partir de varios cuerpos jurídicos. Entre las leyes que menciona [Hernando \(2016\)](#) para ejemplificar esta situación se encuentran:

- Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud.
- Ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.
- Ley N° 18.600 que establece regulaciones sobre discapacidad mental.

En este contexto de legislación [González et al. \(2014\)](#) señala las razones por las cuales se debe legislar de forma específica en la materia de salud mental en nuestro país:

- Salud mental como un componente fundamental para alcanzar una salud plena.
- De acuerdo a la OMS debería estar considerada en el diseño de todas las políticas públicas.
- La pérdida de la salud mental tiene un impacto importante en la vida de las personas y comunidades.
- La protección de la salud mental se reconoce como un derecho humano básico.
- La Constitución de 1980 incorpora garantías constitucionales respecto de la salud mental de las personas.
- Situación legislativa en Chile es pobre, no está actualizada y no reconoce riqueza conceptual del problema.

En lo que respecta al financiamiento de los servicios de salud mental se tiene el hecho de que para el año 2012 su presupuesto respecto al presupuesto total de salud en Chile fue de un 2,16 %, que en comparación con el primer informe de salud mental en Chile

del año 2004 casi no presenta variación ya que en ese año el porcentaje antes descrito fue un 2,14 %. Si bien se comentará a continuación cómo se comportan estos porcentajes en relación con los países y sus diferentes clasificaciones, se debe tener en cuenta que en el plan de salud mental de Chile del año 2000 se presentó como objetivo el hecho de que para el año 2010 el presupuesto otorgado a la salud mental en referencia al presupuesto total en salud fuese de un 5 %. Por lo tanto, en lo que a ese compromiso atañe, no se ha logrado manejar de manera correcta el tema de financiamiento de los servicios de salud mental.

Además de la información antes descrita se encuentra el hecho que si al presupuesto total de salud mental en Chile se le descuenta los fondos que son traspasados desde el SENDA para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol entonces el porcentaje de presupuesto para salud mental en referencia al total del presupuesto de salud alcanza un 1,71 %. En el contexto antes descrito y respecto al financiamiento del sistema de salud mental en el país se tiene el hecho de que la estimación del presupuesto de salud respecto a la salud mental no tiene una base sólida, incluso sin tener claro dentro de las líneas de presupuesto que es considerado como un gasto en salud mental y que no ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015a](#)).

Al respecto del contexto antes mencionado es que [Errázuriz et al. \(2015\)](#), menciona que la falta de recursos económicos podría ser una de las principales razones que explican el porqué el 'Plan nacional de salud mental y psiquiatría año 2001' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2001](#)) y la incorporación de patologías mentales en el sistema AUGE/GES no han generado grandes cambios en la prevalencia de patología mental en Chile.

En un contexto internacional respecto a los presupuestos en salud mental de los diferentes países asociados a la OMS y en base a la figura 2.1, se tiene que para el año 2011 el presupuesto de Chile en comparación con los países de ingreso medio bajo, ingreso medio alto e ingreso alto se comporta de la siguiente manera.

A partir de la figura 2.1 se puede apreciar que Chile se encuentra para el año en análisis tan solo un 9,25 % por debajo de alcanzar el promedio de los países de ingreso medio alto que es la clasificación que tenía Chile hasta el año 2012. Luego en el año 2013 Chile ya pasa a la clasificación de países con ingresos altos y entonces la brecha es aún mucho más alta.

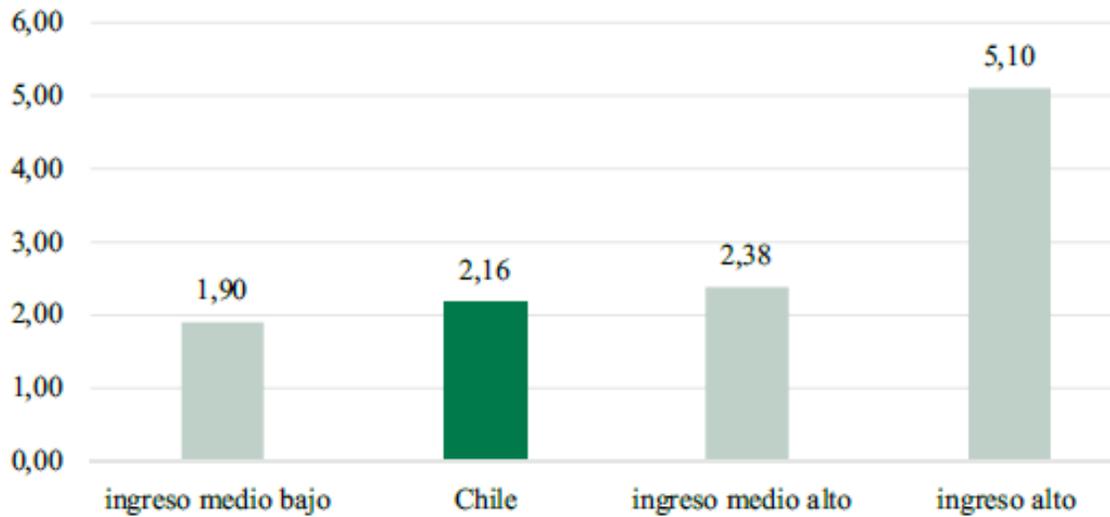


Figura 2.1: Comparación del porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (%) entre Chile y países de diferentes niveles de ingresos. Fuente: [Facultad de Medicina Universidad de Chile \(2014\)](#)

Otro aspecto vinculado al financiamiento del sistema de salud mental según menciona el 'Segundo informe del sistema de salud mental de Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)), es el gasto promedio per cápita en atención de salud mental. Respecto a este el informe menciona que el gasto promedio es muy superior en el sistema privado respecto al público, de esta forma se tiene para las ISAPRES un gasto promedio per cápita de salud mental en sus afiliados de \$10.879 en comparación a los \$6.950 del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es el seguro público. Cabe destacar dos cosas respecto a los antes mencionado, lo primero es la consideración de que los afiliados a las ISAPRES, además, gastan de su bolsillo una mayor cantidad de dinero en co-pagos y medicamentos que los beneficiarios de FONASA y lo segundo es el hecho de comentar que FONASA cubre la atención de todos los problemas de salud mental y todos los trastornos mentales, tanto en su institucionalidad respecto a centros ambulatorios de atención y hospitales públicos, como en su modalidad de libre elección con prestadores privados ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)).

Por último, respecto al tratamiento de trastornos mentales en el sistema público y privado, se cuenta con que al año 2012 (año de la evaluación del sistema de salud mental en Chile), tres trastornos mentales estaban incluidos en el sistema de Garantías Explicítas de Salud (GES). Estos trastornos eran esquizofrenia desde el primer episodio, depresión en

mayores de 14 años y trastornos asociados a alcohol y drogas en menos de 20. Además en el año 2013 se agregó el tratamiento de personas de 15 años y más con trastorno bipolar. Al respecto [Errázuriz et al. \(2015\)](#) menciona el hecho de que en el 'Plan Nacional de Salud Mental del año 2001' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2001](#)) se establecieron seis áreas prioritarias respecto a trastornos mentales los que fueron:

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños
- Víctimas de violencia intrafamiliar
- Abuso y dependencia de alcohol y drogas
- Depresión
- Esquizofrenia
- Enfermedad de alzheimer y otras demencias en adultos mayores

Y que tres de estas son cubiertas por el AUGE/GES. Además de las 80 patologías que actualmente cubre el AUGE/GES, cuatro de estas corresponden a patologías neuropsiquiátricas, que como se mencionó anteriormente en esta sección son el principal factor de carga de enfermedad, con una carga total de un 23,2 % de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA). Por último [Errázuriz et al. \(2015\)](#) analiza el hecho de que de las 10 patologías agregadas en el año 2012, más las 11 agregadas en el año 2013 al plan AUGE/GES, el trastorno bipolar es la única patología que corresponde al área de salud mental, quedando fuera el déficit atencional, la depresión adolescente y el maltrato infantil, las que fueron patologías evaluadas para incorporación.

2.1.2. Servicios de salud mental

A continuación se desarrolla el diagnóstico de los servicios de salud mental en Chile a partir de la información entregada por el 'Segundo informe del sistema de salud mental de Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)) Hoy en día en el Ministerio de Salud de Chile, cuenta con dos equipos multidisciplinario en lo que respecta al desarrollo de la salud mental en Chile, estos son:

- Departamento de Salud Mental de la subsecretaría de Salud Pública, cuyo objetivo es mantener actualizada la situación epidemiológica, formular y evaluar políticas, planes y programas, contribuir a la formulación y aplicación de legislación, elaborar normas, orientaciones y protocolos, coordinar acciones con otros sectores, y proponer estudios en los ámbitos de su competencia.
- Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la cual tiene por funciones principales coordinar, apoyar la gestión y promover el desarrollo de las redes asistenciales del sistema público, contribuir a la asignación de recursos para las redes de los Servicios de Salud, monitorear el funcionamiento de la redes asistenciales, y proponer estudios en los ámbitos de su competencia.

El hecho de tener estos dos equipos multidisciplinarios es un gran avance en términos de servicios de salud mental, ya que Chile en el año 2004 (año donde se desarrolla el primer informe de salud mental en el país), no contaba con estos equipos.

Dentro de los instrumentos de medición de la salud mental de la OMS, se presentan cinco roles que deben cumplir los entes administrativos de la salud mental en un país. En Chile los equipos multidisciplinarios antes descritos desarrollan las siguientes cuatro actividades:

- Ejercer como autoridad nacional en salud mental.
- Brindar asesoría al gobierno sobre políticas y legislación en salud mental.
- Estar involucrados en la planificación de servicios.
- Estar involucrados en el manejo y coordinación de los servicios.

El rol que no cumple ninguna de las autoridades nacionales es la supervisión y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental en Chile.

Además de los entes administrativos antes descritos, a nivel nacional existen autoridades sanitarias en cada una de las regiones del país, que son las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), cuya función es representar al Ministerio de Salud en las regiones. En cada una de estas Secretarías Regionales existe un(a) encargado(a) de salud mental, que tiene como funciones encargadas:

- Asesorar a la autoridad sanitaria regional.
- Contribuir a la autorización sanitaria y fiscalización de los dispositivos y establecimientos de salud mental.
- Autorizar las hospitalizaciones involuntarias
- Apoyar el funcionamiento de la Comisión Regional de Protección de las Personas con Enfermedad Mental.
- Impulsar acciones de promoción de salud mental

Además de contar con el encargado(a) de salud mental de la secretaría regional, se cuenta con un(a) encargado(a) en cada uno de los 29 Servicios de Salud del país. Estos encargados poseen las siguientes funciones ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)):

- Planificar, gestionar, coordinar, monitorear y evaluar la red de servicios de salud mental del sector público en el área territorial del servicio de salud en cuestión.
- Asesorar al Director del Servicio en todos los asuntos referentes a la salud mental.

Los servicios de salud mental del sector público en Chile, están organizados en una red territorial en cada Servicio de Salud en Chile, sirviendo de esta manera a una población y área geográfica definidas. Cabe señalar que respecto a los servicios de salud y su variedad y cantidad de dispositivos de salud mental disponibles a lo largo del país en el año 2012, el 'Segundo informe del sistema de salud mental de Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)) menciona que existen todavía servicios de salud a lo largo del país que no tienen los suficientes dispositivos de salud mental para responder a las necesidades de la población. Respecto a esto menciona que hay:

- 6 servicios de salud sin centros de salud mental comunitarios
- 3 sin hospitales de día
- 7 sin cortas estadías para adultos

- 21 sin cortas estadías para adolescentes
- y 4 sin centros diurnos

Además con excepción del Servicio de salud Metropolitano Sur, los otros servicios con hospitales psiquiátricos no han desarrollado cortas estadías psiquiátricas en sus hospitales generales. Respecto a esto se nota entonces una marcada diferencia entre los diferentes servicios de salud a lo largo del país, lo que genera también que la atención a lo largo del país no sea homogénea.

Con el fin de conocer el desarrollo a nivel país de los diferentes dispositivos de la red de salud mental en Chile se se presenta la tabla 2.1

	Año 2004	Año 2012
Centro APS con atención de salud mental	472	832
Postas rurales con atención de salud mental	*	723
Centros de salud mental comunitarios	38	83
Unidades de psiquiatría ambulatoria	58	53
Hospitales de día	40	45
Cortas estadías de adultos en hospitales generales	17	23
Cortas estadías adolescentes hospitales generales	1	8
Centros diurnos	25 **	51
Hospitales psiquiátricos	5	5
Hogares y residencias protegidas	103	199
Total	759	2022
*En el año 2004 era excepcional que las postas rurales realizaran atención de personas con trastornamental, por lo que no se recogió esta información		
** En el año 2004 se usó una definición más restrictiva que no incluyó unidades de rehabilitación, talleres laborales y casas club		

Tabla 2.1: Comparación entre los años 2004 y 2012 del número total de dispositivos de salud mental existentes en el sector público chileno.

(Fuente: [Facultad de Medicina Universidad de Chile \(2014\)](#))

A partir de la tabla 2.1 se puede observar un fuerte aumento en la cantidad de centros de atención primaria de salud (APS) en el sistema público con atención de salud mental, pasando de 472 centros en el año 2004 a 832 en el año 2012, es decir un aumento del 76 %. Otro de los dispositivos que tuvo un notorio aumento fueron los centros de salud comunitarios, pasando de un total de 34 en el año 2004 a 83 en el año 2012, es decir un aumento del 144 %. Los dos aumentos antes mencionados están directamente relacionados

con las directrices señaladas por la OMS, en relación a la integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud general y más particularmente a la atención primaria, como también en relación al desarrollo de servicios comunitarios de salud mental en desmedro de los hospitales psiquiátricos. En el contexto de lo antes descrito y a partir de la tabla 2.1, se puede observar que aunque el número de centros con salud mental en la APS y los centros comunitarios de salud mental aumentaron significativamente, la cantidad de hospitales psiquiátricos no varió respecto al informe del año 2004 en el año 2012, es decir se mantuvo en 5 hospitales de psiquiátricos. Pero al analizar el funcionamiento de estos en relación a la cantidad de camas en los hospitales psiquiátricos, si se encuentran significativas variaciones que se presentan a continuación a partir de la tabla 2.2.

Tipos de Cama	2000	2005	2012
Corta estadía	405	376	329
Mediana estadía	30	112	118
Larga estadía	1270	781	441
Dependencia alcohol y drogas	68	68	62
Psiquiatría forense	60	80	180
Pensionado	12	12	0
Otras	18	24	34
N°TOTAL CAMAS	1863	1453	1164

Tabla 2.2: N° de camas en hospitales psiquiátricos años 2000-2005-2012.

(Fuente: Facultad de Medicina Universidad de Chile (2014))

A partir de la tabla 2.2 se puede apreciar el hecho de que todos los tipos de camas han ido a la baja, menos las de características forenses, las de clasificación otras y las de mediana estadía. En el caso de estas últimas, es importante analizar el hecho de que desde el año 2000 al 2005 tuvieron una gran alza, pasando de las 30 camas de mediana estadía en el año 2000 a 112 en el año 2005, pero esta alza tiene relación con la fuerte baja que se dio en el mismo período para las camas de larga estadía, pasando de 1270 en el año 2000 a 781 en el año 2005. Además, desde el año 2005 al 2012 el descenso en el número de camas de larga estadía vuelve a ser bastante significativo y en el caso de camas de mediana estadía solo se pasa de 112 en el año 2005 a 118 en el año 2012.

2.1.3. Recursos Humanos

el 'Segundo informe del sistema de salud mental de Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)), menciona que la cantidad de recursos humanos dedicados a la salud mental y psiquiatría en Chile para el año 2012 se estimó en 41,5 profesionales y técnicos por cada 100.000 beneficiarios de FONASA. Si se compara esa cantidad respecto a la evaluación hecha para Chile en el año 2004, se obtiene un crecimiento de más del 50 % ya que para esa fecha la tasa era de 26,4 profesionales o técnicos por cada 100.000 beneficiarios.

Para analizar ahora el desarrollo de cada uno de los tipos de recursos humanos ligados a la salud mental en Chile desde el año 2004 al 2012, se presenta la figura 2.2.

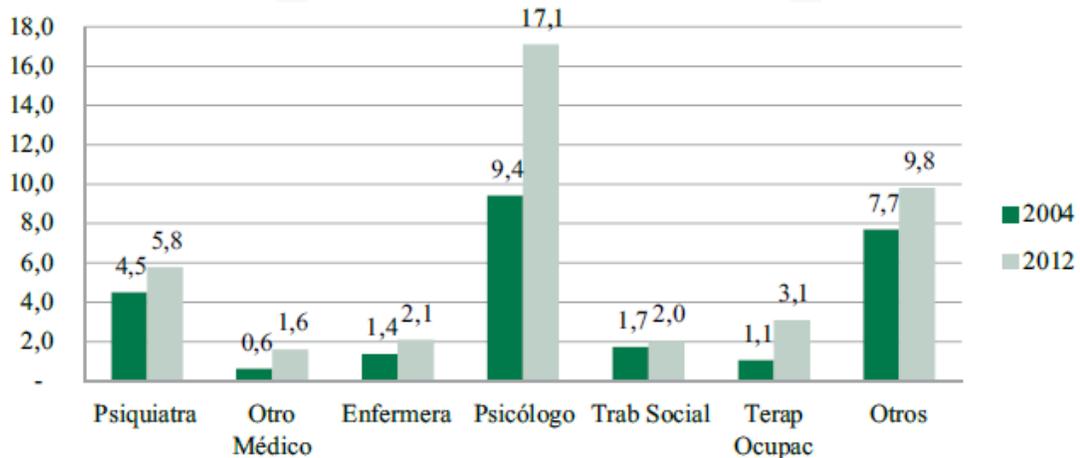


Figura 2.2: Comparación de los recursos humanos de salud mental en el sistema público respecto a los años 2004 - 2012. Tasas por 100.000 inscritos en FONASA. Fuente: [Facultad de Medicina Universidad de Chile \(2014\)](#)

A partir de la figura 2.2, se puede observar que la tasa de aumento de los psicólogos ha sido ampliamente mayor a los otros tipos de profesionales en salud mental. Además si ahora se analiza este incremento respecto a la totalidad de los profesionales de salud mental existentes en el país, se establece que la cantidad de psicólogos ha tenido primero un gran aumento en comparación al año de la primera evaluación del sistema de salud mental en Chile y lo segundo la evidente diferencia entre la cantidad de psicólogos y el resto de los otros profesionales, teniendo una tasa de 171,5 psicólogos por cada 100.000 chileno, es decir 1 psicólogo por cada 583 chilenos. Además de los psicólogos, los psiquiatras también

han evidenciado un aumento claro entre los años 2004 y 2012, pasando de 4,7 psiquiatras por cada 100.000 personas a una tasa de 7,0, lo que equivale a un psiquiatra por cada 14.286 chilenos.

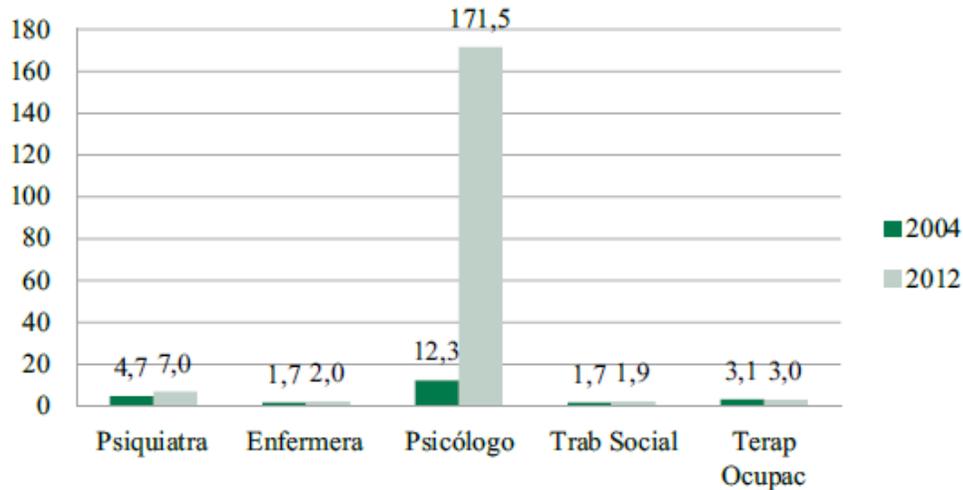


Figura 2.3: Comparación de los recursos humanos de salud mental en Chile años 2004 - 2012. Tasas por 100.000 habitantes. Fuente: [Facultad de Medicina Universidad de Chile \(2014\)](#)

Otro aspecto a analizar respecto a los recursos humanos de la salud mental en Chile, es la formación y capacitación de los profesionales en salud mental. Respecto a la formación el informe, analiza la tasa de formación real de profesionales de la salud mental con al menos un 1 año de entrenamiento de personas con enfermedades mentales. Para analizar lo antes descrito se presenta la figura 2.4.

A partir de la figura 2.4, se puede apreciar la desproporción en la formación de los distintos profesionales de la salud mental, en donde solo la tasa de formación de los psicólogos clínicos y los terapeutas ocupacionales han sido mayores que el aumento demográfico entre los años en análisis (2004 y 2012). Para el caso de la formación de psicólogos, la tasa en el año 2012 fue 4 veces mayor que la del año 2004 aumentando desde 1,92 graduados por 100.000 habitantes en el 2004 a 7,52 en el año 2012. Respecto a la comparación entre formación de psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental se tiene que hay 8 veces más psicólogos clínicos que terapeutas ocupacionales con formación de salud mental, 27 veces más que psiquiatras, 57 veces más que trabajadores sociales con formación de salud mental y 69 veces más enfermeras con formación en salud

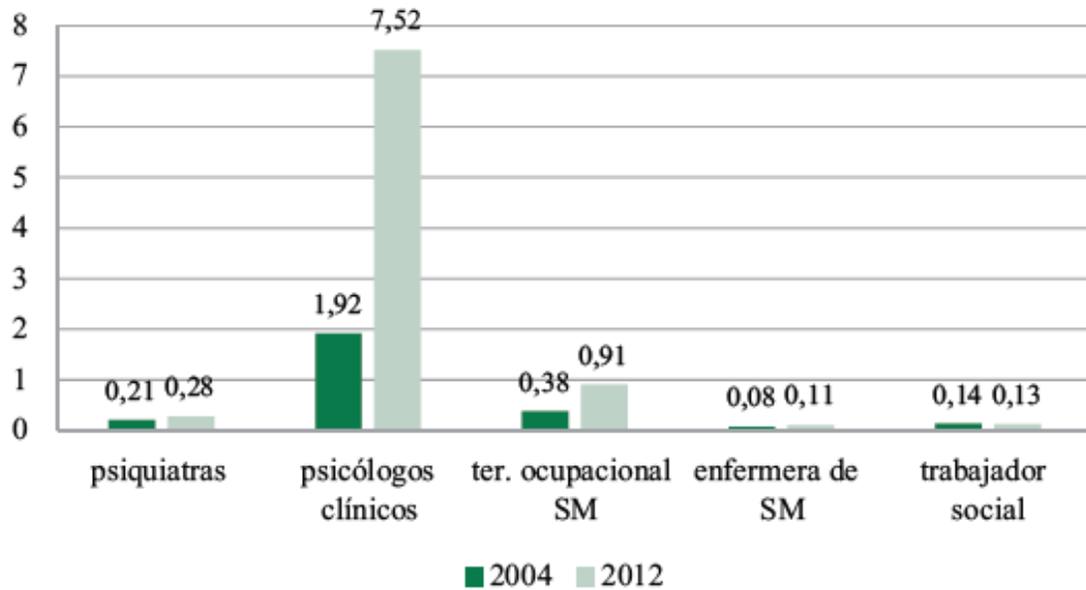


Figura 2.4: Comparación de la tasa de formación de profesionales de salud mental con al menos 1 año de entrenamiento en atención de personas con enfermedades mentales. Chile 2004 - 2012.

Fuente: [Facultad de Medicina Universidad de Chile \(2014\)](#)

mental. Cabe resaltar que los terapeutas ocupacionales con formación en salud mental aumentaron entre el año 2004 al 2012 casi en un triple, pasando de 0,38 graduados por cada 100.000 habitantes a una tasa de 0,91. Entre los otros profesionales las tasas fueron bastantes similares respecto a la evaluación del año 2004, pasando en los psiquiatras de una tasa de 0,21 a 0,28 graduados por cada 100.000 habitantes, las enfermeras de salud mental de 0,08 a 0,11 graduados por cada 100.000 habitantes, y por último se tiene el caso de los trabajadores sociales con formación en salud mental, los que disminuyeron entre los 8 años pasando desde una tasa de 0,14 a 0,13 graduados por cada 100.000 habitantes.

Por último y también respecto a la formación en salud mental, se menciona el comportamiento de esta para el personal de atención primaria en el sistema de salud de Chile. Para analizar lo antes mencionado se presenta la figura 2.5.

A partir de la figura 2.5, se puede apreciar que solamente las carreras de medicina y técnico en enfermería han visto un aumento en la proporción de horas de pregrado dedicados a la salud mental y la psiquiatría, pasando en el caso de medicina de una proporción de 2,2 horas de formación de pregrado dedicados a salud mental y psiquiatría en el año 2004, a un 3,9 en el 2012. En el caso de técnico en enfermería se paso de una proporción de 3,0 horas

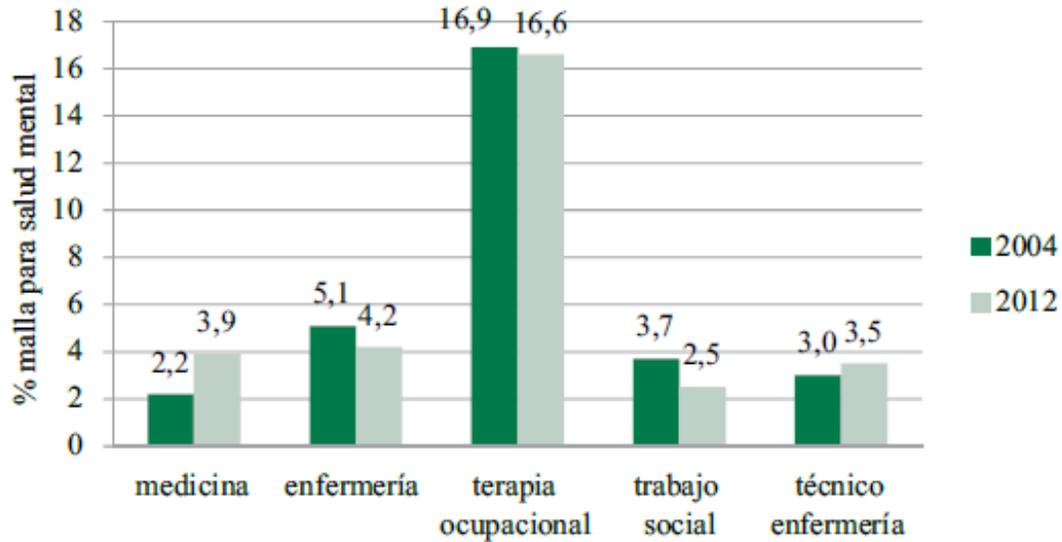


Figura 2.5: Comparación de proporción de horas de formación de pregrado dedicadas a salud mental y psiquiatría. Chile 2004 - 2012. Fuente: [Facultad de Medicina Universidad de Chile \(2014\)](#)

a 3,5. Por otro lado tanto para enfermería, terapia ocupacional y trabajo social, se observa una pequeña disminución en la proporción analizada, pasando de proporciones de 5,1 a 4,2 horas, 16,9 a 6,6 y por último de 3,7 a 2,5 respectivamente para las carreras mencionadas anteriormente. Cabe resaltar que psicología no fue analizado porque para la evaluación se tomó como que un 100 % de su carrera es relacionado a salud mental y psiquiatría. Ahora en lo que respecta a la formación en aspectos clínicos de salud mental y psiquiatría se tuvo un avance desde un promedio 28,5 % de la malla en el año 2004 a un promedio de 30,4 % para el año 2012.

Lo antes descrito fue respecto a la formación para las carreras con desarrollo en la atención primaria, pero ahora respecto a la atención misma en atención primaria, se encuentra que esta tuvo una evolución positiva pero con gran variabilidad dentro de los servicios de salud a lo largo del país y también con brechas respecto al desarrollo por profesionales. Ejemplo de lo antes descrito es el hecho de que el porcentaje de centros de atención primaria que cuentan con psicólogo aumentó de 89,5 % a 99,6 % y el promedio de psicólogos por centro creció de 1,7 a 2,5, al igual que el promedio de horas semanales de psicólogo por centro, que paso de 47,3 horas el 2004 a 83,6 el 2012. A su vez tanto el porcentaje de médicos de APS capacitados en salud mental como el porcentaje de centros

de salud mental con 1 o más médicos capacitados en salud mental, disminuyeron en este periodo pasando de un 23,1 % de médicos de APS capacitados el año 2004, a un 18,6 % el año 2012 y de 65,1 % de centros de APS con 1 o más médicos capacitados en salud mental el 2004 a 57,4 % el año 2012.

Por último se establecen ciertas brechas en términos de recursos humanos para el año 2012, llegando a calcular brechas de 3.124 horas semanales de psiquiatras de adultos, y 512 horas de psiquiatra infanto- juvenil, además faltan 17.087 horas semanales de psicólogos, 10.071 de enfermeras, 16.983 de trabajador social, 19.145 de terapeutas ocupacionales, 34.776 de técnico en rehabilitación y por último 7.445 de brecha de horas respecto a técnico paramédico ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)).

2.1.4. Suicidio en Chile

Según define la OMS el suicidio es 'todo acto por el que un individuo se causa a si mismo una lesión o un daño, con un grado variable en la intención de morir y en el conocimiento del verdadero móvil'.

Un hecho concreto respecto al suicidio, es que este puede ser el resultado de múltiples factores, pero se da con mayor probabilidad en periodos críticos asociados a quiebres sentimentales, situaciones de abuso de alcohol y/o drogas, momentos de cesantía, depresión clínica y otras formas de enfermedad mental. A partir de esta situación de transversalidad del suicidio en distintos problemas que afectan la salud mental de la población es que en muchas ocasiones el indicador de la tasa de suicidio de un país se ocupa como un indicador para aproximar el estado de salud mental de este mismo.

Respecto al desarrollo del suicidio en el Chile y en comparación con los demás estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se encuentra el hecho de que en la mayoría de los países miembros de la OCDE ha existido un descenso promedio en las tasas de suicidio de un 20 % entre los años 1990 y 2011. Lejos de la tendencia Chile ha experimentado un crecimiento sostenido de la tasa de suicidio, alcanzando una tasa del 90 % de crecimiento de este indicador y se posiciona además como el segundo país de la organización con peor resultado en esta materia, siendo el primero Corea del Sur ([Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2014](#)).

Además del porcentaje de crecimiento de la tasa de suicidio en Chile, se tiene el hecho que para el año 2013 este se posiciona en el puesto número 13 entre los países con mayor tasa de suicidio de la OCDE, llegando a 13,3 personas que se suicidan por cada 100.000 habitantes. En comparación, para el año 2011 Chile mostraba un indicador de 11 muertes por cada 100.000 habitantes ocupando el lugar 17 del estudio. Estos indicadores muestran que para el año 2011 en Chile entre 5 a 6 personas presentaban estado de muerte al día por suicidio, lo que representa el 2 % del total de la muertes del año en estudio ([Centro de Políticas Públicas UC, 2015](#))

Para poder entender el peso que tiene el suicidio en el país se presenta la tabla 2.3 .

	Suicidios	Accidentes de Transito	Agresiones
TOTAL	2148	2220	930
Hombres	1724	1775	806
Mujeres	424	445	97

Tabla 2.3: Distribución de número de muertes por suicidio, accidentes de tránsito y agresiones en Chile para el año 2009.

(Fuente: [Centro de Políticas Públicas UC \(2015\)](#))

A partir de la tabla 2.3 se puede comparar el suicidio con otro factor relacionado a las muertes no naturales más frecuentes en Chile, como son los accidentes de tránsito. De esta forma las muertes por suicidios para el año 2009 en el país alcanzaron los 2.148 casos y por accidentes de tránsito a las 2.220 muertes. Además a partir de la tabla 2.3 se puede observar que la tasa de mortalidad por suicidio en Chile es aproximadamente 4 veces mayor en carga para los hombres que para las mujeres.

Para complementar el diagnóstico respecto al suicidio en Chile, se presenta a continuación la tabla 2.4 y 2.5:

A partir de la tabla 2.4 y 2.5 se puede observar el desarrollo del suicidio por segmentación etaria y por regiones dentro del país. Respecto a esto se pueden apreciar las altas tasas de suicidio en el rango etario de 20-29 años con un carácter transversal en su comportamiento en todas las regiones del país. Otra observación importante, es el hecho de la alta tasa de suicidio que se presenta en regiones como Atacama entre la gente que tiene rangos etarios de 20-29 años y 65 y más años con una tasa promedio de suicidio

	PAÍS	Arica y Parinacota	Tarapaca	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	R.M.
Todas las edades	11,7	12,4	8,9	9,9	14,3	14,5	12,0	10,1
10 a 14	2,0	0,0	0,0	0,0	4,2	5,1	0,0	2,4
15 a 19	11,4	3,6	1,9	0,0	0,0	15,8	12,7	8,6
20 a 29	15,6	20,3	15,0	20,4	32,2	21,2	15,8	12,9
30 a 44	15,6	22,5	15,7	15,5	13,4	24,1	17,9	14,3
45 a 64	15,3	14,5	10,5	11,6	16,4	15,8	15,5	12,6
65 y más	14,2	10,7	5,1	8,3	31,4	8,8	10,7	12,1

Tabla 2.4: Tasa de mortalidad por suicidio, según grupo de edad y región desde la región Arica y Parinacota hasta la región Metropolitana (RM) en Chile, año 2010. Tasa por cada 100.000 personas.

(Fuente: Centro de Políticas Públicas UC (2015))

	O'Higgins	Maule	Bio - Bio	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes
Todas las edades	11,8	11,8	11,3	14,0	16,1	18,9	13,4	15,2
10 a 14	2,7	1,2	0,0	1,2	9,9	2,9	11,1	8,6
15 a 19	11,7	17,9	12,0	14,4	8,6	27,3	32,6	15,2
20 a 29	14,9	17,8	10,8	19,4	14,9	23,1	18,3	44,1
30 a 44	16,1	13,1	12,1	19,8	19,9	16,1	8,5	14,8
45 a 64	16,4	14,5	17,1	17,2	28,8	29,0	17,7	2,7
65 y más	11,2	13,9	22,4	18,1	15,9	22,4	13,8	21,8

Tabla 2.5: Tasa de mortalidad por suicidio, según grupo de edad y región desde la región de O'Higgins hasta la región de Magallanes en Chile, año 2010. Tasa por cada 100.000 personas.

(Fuente: Centro de Políticas Públicas UC (2015))

por cada 100.000 habitantes de 32,2 y 31,4 respectivamente. Otra región que presenta un comportamiento que sale de la media es la región de los ríos, con una tasa de suicidio de un 28,8 por cada 100.000 habitantes en el rango etario de 45 a 64 años. En la región de Aysen se presenta el mismo fenómeno en el grupo etario de 15 a 19 años con una tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes de 32,6 personas. Magallanes presenta la tasa más elevada de suicidio en un grupo etario específico en el país, presentándose una tasa de suicidio de 44,1 personas por cada 100.000 habitantes, en el rango etario de 20-29 años. Para finalizar se tiene la observación de que en la región de Los Lagos se tiene 4 rangos etarios con una tasa de suicidio de 28,8 por cada 100.000 habitantes, que son el rango 15 a 19 años, 20 a 29

años, 45-64 años y 65 y más años teniendo respectivamente tasas de suicidio de 27,3 %, 23,1 %, 29,0 % y 22,4 %.

Un aspecto importante además del suicidio efectivo en la población, es la conducta suicida de esta, es decir la conducta que tiene relación con pensamientos de muerte, deseos de muerte, ideas suicidas y/o intentos suicidas. Con el fin de conocer como se desarrolla la conducta suicida en el país respecto a factores socio demográficos, se presenta la tabla 2.6.

		Pensar en la muerte %	Deseos de estar muerto %	Ideación suicida %	Intento suicida %
Sexo	Masculino	25,8	11,8	11,4	3,2
	Femenino	41,9	27,6	20,7	11,4
	15 - 24	34	16,7	15,2	5,2
	25 - 34	31,9	19,1	17,3	9,7
	35 - 44	36	22,4	17,3	6,8
	45 - 54	34,4	22,5	16,4	11,5
	55 - 64	32,3	22,2	17,4	8,3
	>65	38,9	21,4	12,2	2,3
Estado de Convivencia	Conviviendo	35,7	19,4	16,2	9,1
	No conviviendo	33,0	20,9	16,2	5,3
Nivel Educativo	Sin educación	40,7	25,9	14,7	5,1
	Básica	40,5	24,8	19,3	9,2
Educativo	Media	37,2	23,1	19,6	9,6
	Superior	25,3	12,1	9,0	3,1

Tabla 2.6: Tasa de mortalidad por suicidio, según grupo de edad y región desde la región de O’ Higgins hasta la región de Magallanes en Chile, año 2010. Tasa por cada 100.000 personas.

(Fuente: Silva et al. (2013))

A partir de la tabla 2.6, se puede apreciar el comportamiento de la población chilena con los distintos factores que originan una conducta suicida. En este contexto, se encuentra el hecho de que un 41,9 % de las mujeres chilenas tenga 'pensamientos en la muerte' en comparación con una tasa de 25,8 % para los hombres. Además al analizar los intentos de suicidio se presenta nuevamente una tendencia mucho mayor en mujeres, llegando a un 11,4 % de prevalencia en comparación con un 3,2 % para los hombres. En lo que respecta a la edad en el desarrollo de la conducta suicida, se tiene que para la conducta más relevante que es el intento de suicidio, esta posee una mayor prevalencia en el grupo etario de los 45-54 años y también en el de 25-34 años. Para las personas de la tercera edad mayores de 65 años, la prevalencia del intento de suicidio decae enormemente hasta llegar a un 2,3 %.

Por último en este análisis de factores socio demográficos, se encuentra el hecho de que el nivel educacional presenta una relación inversa con las conductas suicidas, llegando de esta manera a que las personas con mayor nivel educacional poseen menos tasas para todas las conductas suicidas analizadas.

Trastornos Mentales como Factores de la Conducta Suicida

Más del 90 % de todos los casos de suicidio se asocia a trastornos mentales tales como la depresión, esquizofrenia y alcoholismo. Por lo tanto, para reducir la tasa global de suicidio es necesario referirse seriamente a la grave y creciente carga de la enfermedad mental en todo el mundo y específicamente en Chile ([Organización Mundial de la Salud, 2006](#)).

Al respecto de lo antes planteado, [Silva et al. \(2013\)](#) estudia el riesgo de conducta suicida (pensar en la muerte, deseos de estar muerto, ideación suicida, intento de suicidio) para cada diagnóstico tomado en consideración en el estudio. Al respecto encontró una relación significativa para la conducta suicida de 'pensar en la muerte' con los trastornos psicóticos, depresivos, la bipolaridad, la distimia, la ansiedad generalizada y la dependencia de drogas. Ahora en lo que respecta a los 'deseos de estar muerto', los trastornos psiquiátricos que son significativos son los mismos que para la conducta de 'pensar en la muerte' y se agregan la agorafobia y la dependencia del tabaco. Para la 'ideación suicida' se tiene que los trastornos significativos son el trastorno psicótico, la bipolaridad, el trastorno depresivo, la distimia, la agorafobia, la dependencia al alcohol, abuso y dependencia a drogas, dependencia de tabaco y trastorno por somatización. Por último se analiza la conducta suicida más severa, el 'intento de suicidio', para el que se observa que los factores significativos para esta conducta vienen dados por los trastornos depresivos, la distimia, la dependencia al alcohol, la dependencia a las drogas y el tabaco. Cabe señalar y reiterar que todos estos trastornos y su significancia atribuible a distintas conductas suicidas son en base al estudio que si bien tiene sus limitaciones en el hecho que es desarrollado en base a datos de los 90's, es el único estudio poblacional chileno relativo a la conducta suicida.

Factores de comportamiento en el riesgo del suicidio

Entendiendo todos los factores antes descritos que incurren en desarrollar riesgos de conductas suicidas y además de llegar al suicidio mismo como un hecho consumado, es que se presentan a continuación los factores emocionales que llevan a desarrollar estas

conductas ([Organización Mundial de la Salud, 2006](#)):

- Razonamiento alterado
- Evitación del contacto social - retraimiento
- Desesperanza como un factor de profundidad de la depresión
- Sensación de ser una carga
- Alteraciones del sueño
- Sensación de aislamiento y soledad
- Falta de autoestima

Al analizar el tipo de factores emocionales que afectan la conducta suicida, es que se entiende el porqué la gente que la afecta un trastorno mental, tiene mayores probabilidades de desarrollar un suicidio o una conducta suicida en su vida. Ya que los factores emocionales mencionados se ven altamente afectados al desarrollar algún tipo de trastorno mental. Como bien se dijo en apartados anteriores, todos los trastornos mentales aumentan la probabilidad de desarrollar conducta suicida y desencadenar un suicidio consumado, pero hay algunos trastornos mentales como la depresión mayor que al desarrollarse en una persona aumentan en unas 20 veces el riesgo de suicidio, además de trastornos como la bipolaridad, que si bien no tiene una estadística concisa de aumento de riesgo de suicidio, se tiene el hecho de que esta conducta aumenta producto de muertes accidentales a partir de estados extremos de sicosis y fase maniaca.

Factores externos del suicidio

También en el análisis de las conductas suicidas y el suicidio, es importante poder analizar los factores o influencias externas que pueden desencadenar conductas suicidas o un hecho de suicidio consumado. Cabe señalar que estos factores externos son relacionados a factores gatillantes en personas con trastornos mentales ([Organización Mundial de la Salud, 2006](#)):

- Disputas y trastornos en la familia.

- Alta prematura de hospitalización.
- Eventos negativos de la vida.
- Masificación del suicidio por medios de comunicación.
- Encarcelamiento.
- Dificultades maritales.
- Falta de aprecio y altos niveles de crítica por parte de la familia.
- Dificultades maritales.
- Problemas de empleo.
- Burlas, crueldad, rechazo e intimidación.

2.1.5. Comportamiento de la población con las drogas

Otro aspecto importante dentro del análisis de la salud mental de un país es el comportamiento de la población del país con las drogas lícitas e ilícitas. Esto ya que en la clasificación internacional de trastornos mentales de la OMS, (CIE-10), se encuentran los trastornos mentales y de comportamiento causados a partir de del consumo de distintas drogas, como también de sustancias psicotrópicas dentro de las cuales se presentan los cannabinoides, el tabaco, la cocaína, disolventes volátiles, entre otros. En este contexto se analiza el 'Décimo primer estudio nacional de drogas en la población general' ([Observatorio Chileno de Drogas, 2014](#)), donde se destacan las siguientes tablas de datos para contextualizar el comportamiento de la población chilena respecto al consumo de drogas lícitas e ilícitas.

A partir de la tabla 2.7, se puede apreciar el hecho de que el consumo de tabaco tanto a nivel mensual como diario, abandono el comportamiento al descenso que traía desde el estudio realizado en el año 2000. Además de esto se observa a partir de la tabla 2.8, que para el año 2014 la prevalencia de consumo de tabaco en mujeres subió a un 22,4 % desde el 20,1 % con el que contaba en el estudio anterior y de esta forma se acerca más aún a la

Serie	Mes tabaco	Diaria tabaco	Mes alcohol	Año marihuana	Año cocaína	Año pasta base
1994	40,7		40,4	4,0	0,9	0,9
1996	41,3		48,1	4,0	0,9	0,7
1998	41,6		53,0	4,8	1,4	0,8
2000	44,0		54,4	5,7	1,5	0,7
2002	43,6	30,6	59,6	5,0	1,5	0,5
2004	43,6	30,5	57,9	5,4	1,3	0,6
2006	42,4	28,8	58,1	7,2	1,3	0,6
2008	41,2	28,2	49,8	6,4	1,8	0,7
2010	36,0	24,5	40,5	4,6	0,9	0,4
2012	34,0	21,9	40,8	7,1	0,9	0,4
2014	34,7	22,7	48,9*	11,3*	1,4*	0,5
Var 2014-2012	0,7	0,8	8,1	4,2	0,5	0,1

Tabla 2.7: Evolución de las prevalencias de consumo, según año. Chile, 1994-2014.

(Fuente: [Observatorio Chileno de Drogas \(2014\)](#))

Prevalencias de consumo. Año 2014 (año 2012)						
		diaria tabaco	mes alcohol	año marihuana	año cocaína	año pasta base
Total		22,7 (21,9)	48,9 (40,8)*	11,3 (7,1)*	1,4 (0,9)*	0,5 (0,4) *
Sexo	Hombre	23,2 (23,8)	55,3 (49,2)*	14,6 (9,8)*	2,2 (1,3)*	0,8 (0,8)
	Mujer	22,2 (20,1)*	42,5 (32,5)*	8,1 (4,4)*	0,6 (0,5)	0,1 (0,1)
Tramos por edad	12 a 18	8,4 (6,4)	22,9 (18,1)*	13,5 (6,7)*	1,6 (0,3)	0,3 (0,2)
	19 a 25	18,9 (21,0)	53,8 (50,2)	24 (17,5)*	1,9 (2,0)	0,5 (0,5)
	26 a 34	25,3 (25,6)	57,3 (51,8)*	17,1 (10,3)*	2,7 (1,6)	1,0 (1,0)
	35 a 44	26,5 (26,7)	54,4 (45,0)*	9 (4,4)*	1,5 (0,7)	0,6 (0,4)
	45 a 64	26,3 (26,1)	49,5 (40,4)*	4,2 (1,9)*	0,6 (0,3)	0,2 (0,2)
Nivel socio-económico	Bajo	27,4 (24,2)	46,5 (39,9)*	10,6 (7,4) *	2,1 (1,5)	1,4 (0,9)
	Medio	22,5 (21,5)	46,1 (37,7)*	10,4 (6,9)*	1,3 (0,6)*	0,3 (0,5)
	Alto	20,5 (21,0)	52,5 (44,0)*	12,5 (7,1)*	1,1 (0,7)	0,1 (<0,1)

Tabla 2.8: Evolución de las prevalencias de consumo, según sexo, tramos de edad y nivel socioeconómico. Chile, 2012-2014.

(Fuente: [Observatorio Chileno de Drogas \(2014\)](#))

prevalencia de consumo de los hombres que desciende a un 23,2 % respecto al 23,8 % que tenía para el estudio anterior.

En lo que respecta al consumo de marihuana, a partir de la tabla 2.7 se distingue un alza en la prevalencia del consumo anual que va desde un 7,1 %, en el estudio anterior a

un 11,3 % para el último estudio. Además se distingue a partir de la tabla 2.8 que tanto el consumo de hombres como de mujeres aumentó sostenidamente entre los dos estudios en análisis. También se encuentra una importante alza de más de un 100 % en el tramo de edad de 12 a 18 años, pasando desde un 6,7 % de prevalencia a un 13,5 % en este último estudio.

La droga con mayor aumento de tasa de prevalencia es el alcohol, para el cual se observa partir de la tabla 2.7, el hecho de que presentó un aumento de prevalencia de un 8,1 % respecto al estudio anterior, llegando de esta forma en el año 2014 a una tasa de prevalencia de consumo de un 48,9 %. Además de presentar esta importante alza, se corta el comportamiento de descenso que tenía el consumo de alcohol desde el año 2010. Al complementar el análisis con la tabla 2.8, se observa que la mayor alza de consumo se presentó en las mujeres a partir de un aumento de la prevalencia en 10 %, llegando así a un 42,5 % de prevalencia en el último estudio. Cabe señalar que de todas formas la prevalencia de consumo en mujeres es menor que la de los hombres (55,3 %) pero su contundente alza hace analizar la situación.

Por último, se tiene el hecho de que para la cocaína a partir de la tabla 2.7 y 2.8, se puede observar que aunque su nivel de prevalencia es bajo en términos porcentuales, igual esta tiene un aumento respecto al estudio anterior, llegando en el año 2014 a un 1,4 % de prevalencia en la población en estudio, encontrándose el mayor aumento, al igual que en la marihuana, en el tramo de la población que está entre los 12 y 18 años. Además de presentarse un aumento relativamente mayor en la población clasificado socioeconómicamente como medio.

Si se lleva ahora los datos antes entregados sobre consumo de sustancias en la población a una comparación respecto a los países del continente americano, se tiene el hecho de que Chile posee el mayor nivel de consumo de marihuana en la región, como también el mayor nivel de consumo de tabaco. Además, Chile se encuentra entre los países en los que más de la mitad de los jóvenes entre los 12 y 18 han consumido alcohol en el último año (La Tercera, 2015).

2.1.6. Licencias médicas mentales en Chile

Los subsidios de incapacidad laboral transitorios (SIL), son beneficios que permiten a un trabajador recibir el pago en dinero de su remuneración con el tope de la renta imponible, en el caso que de que este tenga una licencia médica cursada. Estas últimas son el documento que acredita que un trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar y a partir de esto se prescribe un reposo total o parcial, por un lapso determinado de tiempo. En Chile existen tres tipos de SIL, los que se diferencian por la procedencia y por la fuente de financiamiento de estas. En primer lugar se tiene los subsidios que provienen de las licencias médicas curativas resultantes de enfermedad comunes, las que son gestionadas y financiadas por parte del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) o por las instituciones de salud previsual (Isapres). En segundo lugar están las licencias médicas provenientes por descanso maternal (pre y post natal) y enfermedad grave del hijo menor a un año, las que son financiados por el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidio de Cesantía, constituido por aportes fiscales. Por último se encuentran las licencias médicas provenientes de accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales, las que deben ser gestionadas y financiadas por el Instituto de Seguridad Laboral y las mutuales de seguridad.

En Chile las licencias médicas solicitadas han ido aumentando progresivamente con los años. Como ejemplo de lo anterior [Tokman et al. \(2002\)](#) indica que entre los años 1991 y 2002 el gasto solo en licencias curativas de origen común creció en Fonasa en un 195 % y en el caso de las Isapres este aumento fue de un 73 %. En el mismo contexto [H y Gonzalo, Alvarado O, Sergio, & Kaufman \(2012\)](#) indican que en el año 1997 fueron pagadas 662.676 licencias por Fonasa, cifra que llega a 1.714.083 licencias con un costo de \$216.350 millones para el estado en el año 2007. Respecto ahora a las Isapres en el mismo año 2007, [Superintendencia de Salud Gobierno de Chile \(2008\)](#) indica que fueron pagadas un total de 1.064.716 licencias médicas con un costo total de \$182.346 millones. Respecto ahora a los últimos años, la [Superintendencia de Seguridad Social Gobierno de Chile \(2016\)](#) indica que desde el año 2011 al 2015 respecto al número total de licencias médicas de origen común tramitadas tanto por Fonasa como por las Isapres, se ha tenido una variación de un 9,6 %, llegando de esta forma a un total de 4.744.857 licencias médicas

para el año 2015, de las cuales 70,4 % pertenecen a Fonasa y 29,6 % a Isapres.

H y Gonzalo, Alvarado O, Sergio, & Kaufman (2012) indican que en gran parte este aumento de las licencias médicas se debe a los trastornos mentales y del comportamiento. Respecto a esto la [Superintendencia de Seguridad Social Gobierno de Chile \(2016\)](#) indica el hecho de que en el año 2015 los trastornos mentales y del comportamiento tuvieron una carga del 22 % respecto a las licencias médicas tramitadas, convirtiéndose así en la principal causa de reposo entre los trabajadores del país. A su misma vez, este tipo de diagnóstico tiene la más alta tasa de rechazos tanto en Isapres como en Fonasa, con tasas de 38,1 % y 11,9 % respectivamente, siendo estas más altas que las tasas de rechazo promedio de cada unas de las instituciones (23,6 % para Isapres y 6,4 % para Fonasa). Además de poseer la mayor carga, las licencias médicas por trastornos mentales y del comportamiento, son también las con mayor gasto para el sistema, siendo este de \$263.702 millones, lo que representa un 27 % del gasto total del sistema, de los cuales 66,6 % corresponden a Fonasa y 33,4 % a Isapres.

Cabe resaltar que todo la información antes planteada hace referencia a las licencias médicas de origen común. Ahora al analizar el desarrollo de las licencias médicas por trastornos mentales de origen laboral, se encuentran dos hechos. Estas se han desarrollado con cierto grado de 'polémica' en el tiempo y también se han incrementado en los últimos años. [Miranda \(2014\)](#) indica que para el año 2014 un 48 % de las licencias médicas de los trabajadores asociados a la Asociación Chilena de Seguridad (ACHs) fueron enfermedades profesionales asociadas a problemas de salud mental. Esta cifra muestra un sostenido aumento, ya que en el año 2011 este tipo de licencias médicas solo representaba un 25 % del total. Respecto a este fenómeno, [Miranda \(2014\)](#) indica que Pablo Garrido coordinador nacional de salud mental de ACHs en el año 2014 declara al respecto, que las jornadas de trabajo muy extendidas y recargadas estarían entre los principales factores de riesgo. Además "Ahí hay que hacer una fuerte inversión, un cambio cultural en las empresas, entre los trabajadores, comités paritarios, y sobre todo, en la formación de los expertos en prevención de riesgo".

Es en el desarrollo de las licencias médicas de origen laboral donde se genera un problema bastante grande a nivel nacional, esto ya que según indica el director ejecutivo

de la asociación de Isapres, en Chile se tiene una de las tasas más bajas de enfermedades comunes de origen laboral. Según palabras del director, esto no se debe a que no existan, sino a que estas son tratadas por Fonasa o por las Isapres en importante número de casos, agrega además que lo grave de esto es que ni Fonasa ni las Isapres pueden eliminar los factores que provocan estas enfermedades (Miranda, 2014).

Ejemplo de esto es el caso de la Isapre MasVida, que en el año 2013 fue la primera en lograr que las mutuales chilenas hicieran devolución de casi dos mil millones de pesos producto de licencias médicas pagadas por la Isapre, que tenían un origen laboral (Polanco, 2013). En el mismo contexto la directora de Fonasa en el año 2015 aseguró que 'hay licencias que son de origen laboral que las estamos pagando como curativas' asumiendo de esta forma 540.000 licencias médicas que deberían asumir las mutuales, debiendo el fisco desembolsar \$90.000 millones anuales a raíz de esto (Navarro, 2015). En el mismo contexto Ricardo Bitrán, asesor de la Asociación de Isapres, presentó al respecto un estudio que concluye que \$16.700 millones corresponden a gastos en licencias médicas por salud mental que deberían ser absorbidos por las mutuales de seguridad y no por las Isapres, e incluso se estima que en Fonasa el monto es aún mayor producto de que casi el 80 % de la población está adscrita al seguro público (Grupo Salud Sustentable CETEP, 2017).

2.2. Salud ocupacional y salud mental

La relación entre la salud y el trabajo según indica Parra (2001), se ha desarrollado fuertemente en la historia a partir de las transformaciones del trabajo en la sociedad capitalista. A partir de encontrar objetivos preventivos y terapéuticos, la medicina del trabajo ha descrito y reconocido un conjunto de patologías a partir del paradigma de demostración de la relación causal entre el trabajo y el daño a la salud, por sobre todo centrado en una perspectiva orgánica del daño, es decir de órganos y aparatos del organismo. Dentro del contexto anterior es que se comienza a desarrollar la lógica de conocer también los efectos del trabajo en la salud mental, pero aquí nace una dificultad, ¿en qué consiste el daño a la salud mental? siendo la mente una entidad abstracta y virtual (Parra, 2001).

Parra (2001) menciona que los tratadistas observando los efectos de los primeros tiempos del sistema de desarrollo capitalista, sugirieron 3 componentes para la relación salud mental y trabajo, que hasta el día de hoy son investigados y han sido materia de polémica, estos son:

- El trabajo puede tener un efecto nocivo sobre la salud mental y por esta vía, provocar malestares físicos.
- El mecanismo patogénico involucraría un cierto desajuste de la energía del sistema nervioso (actividad continua e intensa de la mente, exceso de acción del sistema nervioso).
- El desajuste se debería al carácter “no natural” del trabajo.

Parra (2001) menciona que estas tres ideas respecto a la relación entre trabajo y salud mental penetran los modelos de investigación e intervención hasta el día de hoy. Durante parte del siglo xx se buscó entender y explicar el “desajuste de la energía del sistema nervioso” desarrollándose por ejemplo el concepto de fatiga mental, pero siempre en un contexto poco convincente y abierto a dudas.

Pasa el tiempo y se comienza a abandonar la búsqueda por entender y explicar ese “desajuste de la energía”, según una visión mecanicista y de intercambios de energía, y se comienza a adoptar el concepto de estrés laboral a partir del concepto base de estrés,. Este último desarrollado por Hans Selye en el año 1936, que lo definió como “ una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico”(Parra, 2001).

2.2.1. Estrés Laboral

Leka et al. (2004) indican que el estrés laboral hace referencia a la reacción que tiene un individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación demandada.

Cabe mencionar que dentro del contexto laboral y bajo las condiciones que este se desarrolla hoy en día, es inevitable que existan presiones en el trabajo, pero cuando esta

se vuelve excesiva o difícil de controlar genera efectos como el estrés laboral, que puede perjudicar tanto a los trabajadores de una organización como a la organización misma. En este contexto [Leka et al. \(2004\)](#) mencionan el hecho de que hay que entender que el estrés no solo incluye situaciones en que la presión laboral excede la capacidad del trabajador para hacer frente a la misma, si no también las situaciones en donde no se ocupan suficientemente los conocimientos y capacidades.

Entre los efectos que puede traer consigo el desarrollo de estrés laboral existen dos focos ([Leka et al., 2004](#)). Por una parte están los efectos del estrés laboral sobre el individuo y también sobre las organizaciones, a continuación se explican cada uno de estos:

- Efectos del estrés laboral en el individuo: El estrés puede afectar de diferentes formas a diferentes personas. De esta forma entre las posibles afecciones que se pueden visualizar, están los comportamientos disfuncionales y no habituales en el trabajo, contribución a una mala salud física y/o mental del individuo a partir de desarrollo de cuadros de angustia, cansancio, intranquilidad, irritabilidad y decaimiento general, además de problemas físicos como son cardiopatías, trastornos digestivos, aumentos de tensión arterial y dolores de cabeza y trastornos músculo-esqueléticos como son lumbalgias y trastornos a miembros superiores. En el contexto antes descrito, [Leka et al. \(2004\)](#) indican que además el desarrollo de estrés puede llegar a producir el acercamiento a sustancias tales como el tabaco, alcohol o las drogas, hecho que también puede terminar repercutiendo en la salud física y/o mental de la persona.
- Efectos del estrés laboral en la organización: El estrés laboral afecta a un gran número de trabajadores o a miembros claves del personal, entonces puede existir una amenaza clara al buen funcionamiento y por ende a los buenos resultados de una organización. Concretamente el estrés laboral puede aumentar el absentismo y ausentismo laboral, generar menor dedicación al trabajo, aumento de la rotación de personal, deterioro del rendimiento y la productividad, aumento de las prácticas laborales poco seguras y de las tasas de accidentes, aumento de quejas de usuarios y/o clientes de la organización, efectos negativos en el reclutamiento de personal y por último deterioro de la imagen institucional tanto interna como externamente.

Importante es mencionar que el estrés, trae consigo síntomas iniciales de deficiencia de salud al individuo, como lo son dolores difusos, trastornos del sueño, aprensión, ansiedad y formas leves de depresión según indica [Kalimo et al. \(1988\)](#) y cuando esto pasa a ser crónico puede traer consigo alteraciones temporales e incluso permanentes en la salud tanto física, mental y social de las personas.

Respecto a la salud mental y el trabajo, y en relación al problema del estrés laboral, es que surgen entonces otros conceptos como son el caso del trabajo saludable. Que según menciona [Kalimo et al. \(1988\)](#), se define como aquel contexto de trabajo en donde la presión sobre el empleado se corresponde con sus capacidades y recursos, el grado de control que ejerce sobre su actividad y el apoyo de las personas que son importantes para él. Para tener un trabajo saludable entonces se debe tener un entorno laboral saludable, que no hace referencia únicamente a aquel entorno donde hay ausencia de circunstancias perjudiciales para la salud, sino también donde hay abundancia de factores que promuevan esta. A partir de lo antes descrito, se entiende como entorno laboral saludable a aquel entorno en donde la salud y la promoción de esta, constituyen una prioridad para los trabajadores y forman parte de su vida laboral.

Cabe señalar que si bien en esta investigación se ha mencionado una relación negativa entre la salud mental y el trabajo, esto está relacionado al objetivo que esta busca, ya que como consigna [Parra \(2001\)](#): el mayor riesgo para la salud mental de una persona es perder el trabajo o no poder entrar al mercado laboral.

2.2.2. Factores y riesgos psicosociales

Según menciona [Kalimo et al. \(1988\)](#) el reconocimiento de carácter formal a los factores psicosociales por parte de los estados miembros de la OMS se desarrolla desde el año 1974, donde la asamblea mundial de la salud pidió a su director general, organizar programas multidisciplinarios con el fin de explorar la función de dichos factores y preparar propuestas relativas al fortalecimiento de las actividades de la OMS en ese sector.

Lo primero a tener en consideración para abordar este tema, es el hecho que desde la solicitud de la asamblea mundial de la salud y en menor medida antes de esto, se ha desarrollado una gran cantidad de material e investigaciones en relación al tema de los

factores y riesgos psicosociales, generando con esto amplitud y complejidad al tema, pero al mismo tiempo ambigüedad. Es por esto que según indica [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) es mejor definir claramente los términos y así no generar dudas en el lenguaje que se ocupara también desde aquí en adelante.

Según define la [Oficina Internacional del Trabajo \(1984\)](#), los factores psicosociales en el trabajo son 'factores de interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de la organización, por una parte, y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo que a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo'. En relación también a los factores psicosociales [Kalimo et al. \(1988\)](#) menciona el hecho de que estos factores al ser condiciones psicosociales de trabajo pueden ser positivos o negativos. En relación a esto [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) indica que cuando estas 'condiciones' son adecuadas se generan contextos laborales en donde se facilita el trabajo, el desarrollo de competencias personales laborales, el logro de niveles altos de satisfacción laboral, de productividad empresarial y de motivación laboral en los trabajadores. Al respecto [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) concluye entonces el hecho de que en términos generales las formas de cultura empresarial, de liderazgo y clima laboral, en conjunto con las condiciones psicosociales generales, pueden generar excelentes o pésimas condiciones laborales y esto genera consecuencias positivas o negativas para la salud de los trabajadores, como para la organización. Incluso [Kalimo et al. \(1988\)](#) indica que los factores psicosociales son decisivos, tanto en un contexto de causas y prevención de enfermedades como respecto a la promoción misma de la salud. Esto debido a que los factores psicosociales figuran entre los más importantes factores que influyen en la salud total de las poblaciones trabajadoras.

Otra cosa diferentes que los factores psicosociales antes vistos, son los factores psicosociales de riesgo que [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) indica que son factores organizacionales con el riesgo de tener efectos negativos sobre la salud. Según menciona [Kalimo et al. \(1988\)](#) cuando se concretan estos desajustes en los factores psicosociales, el organismo reacciona con diversos mecanismos patógenos, que pueden ser:

- Cognoscitivos, como la limitación del campo de percepción, disminución de la

capacidad de concentración, creatividad o adopción de decisiones.

- Afectivos, como la ansiedad, angustia, la depresión, la alienación, la fatiga mental, la apatía y la hipocondría.
- Conductuales, como el consumo excesivo de alcohol, tabaco u otras drogas, correr riesgos innecesarios en el trabajo y en la circulación vial, comportamiento agresivo y violento no justificado contra otro ser humano o contra uno mismo.
- Fisiológicos, que pueden ser específicos, es decir una enfermedad determinada a una persona, como también inespecíficos que es el caso del estrés.

En el mismo contexto la Comisión de la Unión Europea indica que los diez principales factores de riesgo psicosocial en el contexto laboral son ([European Commission, 2014b](#)):

- Contenido del trabajo, trabajo sin dinamismo, baja utilización de habilidades personales, trabajo monotonó, exposición continua a trato con personas.
- Carga de trabajo, sobre o sub carga de trabajo, altos niveles de presión horaria, continuamente obtención de objetivos con plazo.
- Horario de trabajo, turnos de trabajo, turnos laborales, horarios poco flexibles, largas horas sin contacto social y por último responsabilidades esporádicas a cualquier hora.
- Control laboral, baja participación en la toma de decisiones, falta de control sobre la carga personal de trabajo, ritmo de trabajo y/o horario.
- Medio ambiente y equipos de trabajo, malos equipos de trabajo en relación a idoneidad, mantenimiento y disponibilidad entre otros, además de condiciones laborales deficientes tales como problemas de espacio, mala iluminación y ruido excesivo.
- Cultura y misión organizacional, mala comunicación, poco soporte organizacional para la resolución de problemas y el desarrollo personal, falta de definición y acuerdo de los objetivos de la organización.

- Relaciones interpersonales, exclusión o aislamiento físico o social, relaciones deficientes con superiores, conflictos interpersonales, falta de apoyo social, acoso y bullying.
- Rol en la organización, rol ambiguo, conflicto de roles, responsabilidad con otras personas.
- Desarrollo de carrera, estancamiento de desarrollo laboral, salarios bajos, inseguridad laboral, bajo valor social del trabajo efectuado.
- Relación trabajo-casa, choque de demandas de tiempo entre trabajo y casa, bajo apoyo en la casa y laboral.

Por último se encuentran los riesgos psicosociales, que [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) lo define como el hecho, acontecimiento, situación o estado que es consecuencia de la organización del trabajo y tiene una alta probabilidad de afectar la salud del trabajador, con consecuencias generalmente importantes. Entonces según palabras del mismo [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) la diferencia entre entre los riesgos psicosociales y los factores psicosociales es el hecho de que los primeros no son condiciones, si no hechos reales con una alta probabilidad de dañar la salud de los trabajadores. Por otra lado también señala [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) que este 'planteamiento' no disminuye la importancia de los factores psicosociales, ni tampoco de los factores psicosociales de riesgos, si no que busca enmarcar el concepto en algo más global y básico de riesgo laboral en relación a sus posibles efectos negativos para la salud.

Entre los principales riesgos psicosociales [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) menciona que los más reconocidos son el estrés, definido en el apartado anterior, la violencia que se puede entender desde la perspectiva física y mental, el acoso laboral, acoso sexual, inseguridad laboral, burnout o desgaste profesional y también la relación trabajo-familia y viceversa.

La [Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo \(2005\)](#) también menciona el hecho de que los riesgos psicosociales no solo afectan a la salud física y mental de los individuos de la organización, si no también al funcionamiento mismo de la organización.

Los riesgos psicosociales repercuten en las organizaciones sobre sus niveles de funcionalidad, productividad, eficacia y eficiencia. Los impactos más relevantes para la organización son el ausentismo, presentismo e intenciones de abandono.

Cabe resaltar en relación a las consecuencias de los riesgos psicosociales, que incluso hoy en día se desarrollan estudios que buscan conocer la relación entre la exposición de los riesgos psicosociales y el aumento de los infartos al miocardio en la población económicamente activa ([European Commission, 2014a](#)).

Para relacionar el estrés laboral con los factores psicosociales de riesgo o los mismos riesgos psicosociales, se debe entender el hecho de que cuando estos últimos se presentan en el contexto laboral, suelen persistir durante mucho tiempo, de manera continua o reiterada ([Kalimo et al., 1988](#)). Durante todo el tiempo que estos riesgos y factores estén presentes en el contexto de desarrollo de un individuo, este mismo le hará frente a la situación ocupando sus diferentes recursos, el problema surge en que las exigencias pueden sobrepasar las capacidades del individuo de afrontarlas, como también el método de defensa del individuo puede no ser el más eficaz. La problemática antes descrita puede traer consigo el desarrollo de perturbaciones de las funciones psicológicas y del comportamiento en el individuo, apareciendo indicadores tempranos como son irritación, preocupación, tensión y depresión hasta llegar en el largo plazo a trastornos de comportamiento obsesivo y afecciones psicosomáticas.

2.2.3. Evaluación de riesgos psicosociales

Según menciona [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) la evaluación de los riesgos laborales es un elemento central en la prevención de los riesgos y esta supone varias fases para cualquier tipo de riesgo.

Hay diferentes metodologías de evaluación de riesgos psicosociales, que más adelante se detallan, pero todas estas se inician con un primer momento que es la identificación del riesgo para luego continuar con la evaluación de su probabilidad para posteriormente gestionar su control e intervención. [Moreno Jiménez y Báez León \(2010\)](#) indica que el enfoque europeo para la evaluación de riesgos se centra en la determinación de indicadores de riesgo que se sean operacionalizables, es decir que lo que ese indicador está evaluando

puede ser descrito y cuantificable.

La evaluación misma de factores de riesgo psicosociales o derechamente de riesgos psicosociales, no tiene un método único de evaluación. Si bien la gran mayoría tiene algunos aspectos o elementos en común, cada tipo de metodología suele enfatizar aspectos generales diferentes. Entre los principales métodos de evaluación de factores de riesgo psicosocial se encuentran el método FPSICO, PREVENLAB, INSL, MARC-UV, INERMAP, ISTAS-21, Wont red y DECORE.

2.2.4. Salud mental ocupacional en Chile

[Saavedra y Von Mühlenbrock \(2009\)](#) indica que desde mediados del siglo XX la salud ocupacional ha sido un tema de preocupación para autoridades sanitarias de Chile. Prueba de esto es el hecho que en el año 1968 se promulga y se publica la [Ley N° 16.744 \(2013\)](#) que 'establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales'. Ahora en lo que respecta al eje de salud mental dentro de la salud ocupacional, [Saavedra y Von Mühlenbrock \(2009\)](#) indican que en una no concordancia con la realidad de la prevalencia de enfermedades de carácter mental en la fuerza laboral chilena, la salud ocupacional se ha desarrollado preferentemente en las áreas de:

- Prevención de la exposición laboral y prevención del daño producido por contaminantes
- Riesgos y prevención de accidentes del trabajo
- Enfermedades laborales del sistema músculo-tendinoso
- Actividad física y dieta como determinantes del riesgo cardiovascular

Según menciona [Saavedra y Von Mühlenbrock \(2009\)](#) con la entrada en vigencia de la ley 16.744 en el año 1968, se adopta la teoría del riesgo social creándose así un seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales cuyo objetivo es objeto prevenir la ocurrencia de accidentes laborales y enfermedades profesionales, otorgar prestaciones médicas y pecuniarias en caso de suspensión, disminución o terminación de la

capacidad de ganancia o muerte del trabajador, así como rehabilitarlo tanto en su capacidad física y psíquica como profesional, de modo de posibilitar su reinserción al trabajo. De esta forma la salud ocupacional en Chile funciona, a partir de este seguro obligatorio que las empresas deben contratar a una institución pública o privada, que prestan servicios en caso de eventos considerados dentro de la Ley 16.744.

En Chile el problema surge respecto a la salud mental ocupacional, ya que la [Ley N° 16.744 \(2013\)](#) define como enfermedad profesional "la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte". De esta forma por ejemplo con el estrés laboral, que según indica [Leka et al. \(2004\)](#) es un factor de riesgo muy grande para la salud de los trabajadores, sólo se garantiza su manejo cuando es originado de modo directo por el ejercicio del trabajo. Además según indica [Revista Ciencia y Trabajo \(2006\)](#) la línea que divide cuándo una afección mental es causada directamente por el trabajo o no, es muy fina y puede prestarse para errores o inexactitudes en el diagnóstico. De la misma forma, esta ambigüedad antes planteada ha generado un centralismo respecto a las acciones y la legislación en nuestro país relativo a los accidentes del trabajo y a aquellas enfermedades profesionales con un carácter más fisiológico, centrando su mirada en las condiciones sanitarias, ambientales básicas o en el uso de implementos de seguridad ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2013b](#)).

Con el fin de proporcionar la información clara y concreta, además de contextualizar la información antes entregada es que se menciona el hecho de que en el año 2010 se actualizó la 'Lista de enfermedades profesionales' ([de previsión social, 2010](#)), y por primera vez se incluyó dentro de la lista de enfermedades profesionales en Chile una sección de trastornos mentales y del comportamiento, en la cual y a diferencia de los demás tipos de enfermedades, solo hay una enfermedad específica que es el trastorno por estrés post traumático y además se menciona a 'otros trastornos mentales o del comportamiento no mencionados en el punto anterior cuando se haya establecido, científicamente o por métodos adecuados a las condiciones y la práctica nacional, un vínculo directo entre la exposición a factores de riesgo que resulte de las actividades laborales y lo(s) trastorno(S) o del comportamiento contraído(s) por el trabajador'.

2.3. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

La [Organización Mundial de la Salud \(2007\)](#) declara que la promoción de la salud 'permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Además de esto, la promoción de la salud abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida, mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.' k, Respecto ahora a la salud mental, la [Organización Mundial de la Salud \(2016\)](#) declara que la promoción de la salud mental tiene relación con 'acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.'

En lo que respecta a la prevención de trastornos mentales, la [Organización Mundial de la Salud \(2004\)](#) indica que esta se refiere a aquellas intervenciones que detienen la enfermedad mental, incluyendo la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores protectores de la salud mental.

El [Ministerio de Sanidad y Consumo \(2006\)](#) indica que los resultados de la experiencia asistencial centrada únicamente en la entrega de servicios de atención, demuestran que esta no es suficiente para alcanzar mejores niveles de salud mental. De esta forma se necesitan políticas, estrategias e intervenciones con una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción y prevención de la salud mental y no solo centrarse en el tratamiento del trastorno. En el mismo contexto la [Organización Mundial de la Salud \(2016\)](#) llama a lograr el equilibrio entre promoción, prevención y tratamiento y rehabilitación, respecto de los trastornos mentales y la salud mental.

En el contexto de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales importante es poder reconocer los diferentes grupos de riesgo dentro de la sociedad como también los riesgos y factores de protección, para de esta forma poder hacer

más eficiente las diferentes acciones a tomar. En relación a estos riesgos y factores, la [Organización Mundial de la Salud \(2004\)](#) establece dos tipos, aquellos de determinantes ambientales, sociales y económicos y por otro lado aquellos de determinantes individuales y familiares. A continuación se presenta cada tipo.

La [Organización Mundial de la Salud \(2016\)](#) indica que en lo que respecta a la promoción de la salud mental, esta depende en gran medida de estrategias intersectoriales y como ejemplos de formas concretas de fomentar la salud mental menciona entre otras:

- las intervenciones en la infancia precoz (por ejemplo, visitas a domicilio a las embarazadas, actividades psicosociales preescolares y ayuda nutricional y psicosocial conjunta a las poblaciones desfavorecidas).
- las actividades de promoción de la salud mental en la escuela (por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños).
- las intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés).
- promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

A partir de lo antes planteado respecto a grupos de riesgo y ejemplos concretos de PSM y PTM, se entiende que la materia en análisis posee muchas posibles áreas de acción. Con el fin de poder simplificar esto y entender de manera concreta donde deben ponerse los esfuerzos respecto a PSM y PTM, se menciona el marco concreto de áreas de desarrollo que establece [Jané-Ilopis y Andersons \(2005\)](#) respecto a PSM y PTM.

- Apoyar la crianza de los hijos y los primeros años de vida de desarrollo
- Promover la salud mental en las escuelas
- Promover la salud mental en el lugar de trabajo
- Apoyar el envejecimiento mentalmente saludable
- Dirigirse a grupos en riesgo de trastornos mentales

- Prevenir la depresión y el suicidio
- Prevenir la violencia y el uso nocivo de sustancias
- Involucrar la atención primaria y secundaria
- Reducir las desventajas y prevenir el estigma
- Intersectorialidad

Importante en el contexto de la PSM y PTM es el hecho de que cualquiera sean las acciones que se estén desarrollando en esta materia, estas deben tener una justificación en necesidades identificadas.

Por último es importante señalar, que las acciones en materia de PSM y PTM están muy validadas desde la perspectiva de la rentabilidad económica de sus acciones. Al respecto [Knapp et al. \(2011\)](#) establece por ejemplo que la rentabilidad económica por invertir una libra esterlina es de 43.99 para el entrenamiento en detección de comportamiento suicida en médicos generales, de 83.73 para la prevención de trastornos conductuales a través de programas de educación social y emocional y de 9.69 para los programas de promoción de salud mental en el trabajo entre otras actividades.

2.4. Estructura de la salud mental, salud mental ocupacional y la promoción de la salud en Chile

Parte importante de la investigación de la salud mental, la salud mental ocupacional y como se desarrolla la promoción de estas en el país, es conocer su estructura de funcionamiento institucional en Chile. A continuación se describe la estructura de cada una de estas materias respecto a su institucionalidad y objetivos.

A partir de los datos recopilados en esta investigación, se puede entender que el sistema de la salud mental en Chile funciona en términos institucionales a partir del Ministerio de Salud de Chile y concretamente en dos de sus subsecretarías, como lo son 'salud pública' y 'redes asistenciales'.

2.4.1. Subsecretaría de salud pública

La subsecretaría de salud pública declara como misión "asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables, con el fin de avanzar en el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década" ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2017b](#)).

Y posee como objetivos estratégicos tres de seis totales, que están relacionados con objetivos de esta investigación los cuales son:

- Desarrollar políticas públicas que fomenten estilos y hábitos de vida saludables, a través del fortalecimiento de los programas de prevención y promoción a nivel nacional y regional, para fomentar en la población competencias de autocuidado y protección de estilos de vida y entornos saludables, y mejorar la capacidad de detección temprana de enfermedades que puedan ocasionar discapacidades.
- Proteger la salud de las personas frente a riesgos sanitarios, a través del diagnóstico y mapeo de riesgos, el fortalecimiento de la capacidad nacional y local de emergencia, fiscalización efectiva y eficiente y definición de planes de acción, tomando medidas adecuadas en los casos ya identificados, para prevenir y mitigar los efectos en la salud de las personas y estar preparados para enfrentar situaciones de emergencias y catástrofes.
- Fortalecer las políticas de salud pública orientadas a la reducción de inequidades de los grupos en situación de riesgo, mediante la efectiva ejecución de acciones y programas focalizados, para mejorar la calidad de vida de adultos mayores, mujeres, y niños en situación de riesgo.

Dentro del funcionamiento de la subsecretaría de salud pública se encuentran cuatro divisiones en las que se divide el trabajo de la misma. De estas cuatro divisiones de desarrollo, solo dos están asociadas con la actual investigación, estas son:

División de políticas públicas saludables y de promoción, cuyas funciones son:

- Desarrollar y proponer a las autoridades del Ministerio de Salud políticas, planes y programas de salud con un enfoque basado en los derechos humanos y en la participación ciudadana, que incorporen los determinantes sociales de la salud y el concepto de salud en todas las políticas, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Además, impulsar, coordinar, desarrollar y evaluar propuestas legislativas, normativas y reglamentarias sobre las materias que le competen.
- Ser referente técnico a nivel nacional e internacional en las materias que legalmente le competen.

El funcionamiento de esta división se divide entre departamentos y oficinas y de un total de seis departamentos, dos de ellos están asociados con los objetivos de esta investigación, dichos departamentos son:

- Salud Ocupacional, cuyo objetivo general es Disminuir la frecuencia y gravedad de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, junto con propender al desarrollo de ambientes de trabajo saludables, amables y seguros, que permitan mejorar la calidad de vida en lo que concierne a la salud física y mental de los trabajadores de nuestro país. Además cuenta con cuatro objetivos específicos que son los siguientes:
 - Orientar las regulaciones y directrices considerando los objetivos sanitarios para la década.
 - Actualizar y elaborar normativas que apunten a una política preventiva en materia de seguridad y salud laboral
 - Fortalecer la implementación de políticas y estrategias considerando enfermedades y factores de riesgo 'emergentes' de gran impacto e incidencia en la salud ocupacional.
 - Establecer regulaciones en materia de salud ocupacional acordes al nivel de desarrollo del país y los niveles de salud esperable.

- Promoción de la salud y participación ciudadana, cuyo objetivo general es contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos y estilos de vida saludables. Además cuenta con cinco objetivos específicos que son los siguientes:
 - Impulsar la formulación e implementación de políticas locales en promoción de la salud en los entornos comunales, laborales y educacionales, construyendo oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos que faciliten los estilos de vida saludables.
 - Promover la incorporación de lugares de trabajo, instituciones de educación superior y establecimientos educacionales a un proceso voluntario de diagnóstico de sus entornos, con la posibilidad de desarrollar programas de mejoramiento continuo para lograr el reconocimiento como entornos promotores de la salud.
 - Fomentar la participación ciudadana en la gestión de políticas públicas regionales del sector salud y en las acciones de promoción de la salud a nivel local.
 - Fortalecer la expresión, en el nivel local y en los establecimientos de la red asistencial, de estrategias de promoción de la salud, y en particular que los programas ministeriales contengan componentes de dicha estrategia.
 - Reforzar la función de promoción de la salud y en las seremis de salud, en base a su marco legal y a las prioridades políticas del gobierno.

Respecto al funcionamiento de las oficinas de esta división en análisis, solo una de ellas tiene relación a los objetivos de esta investigación que a continuación se analiza:

- Oficina de tabaco, cuya función es desarrollar e implementar estrategias destinadas a reducir el impacto del consumo de tabaco sobre la salud de las personas, desincentivando el consumo y fomentando la creación de ambientes libres de humo de tabaco.

La otra división dentro de la subsecretaría de salud pública relacionada con la investigación, es la división de prevención y control de enfermedades. Su misión es:

” contribuir a elevar la calidad y nivel de salud de la población liderando la formulación, seguimiento y evaluación de políticas públicas en prevención y control de enfermedades, ejerciendo un rol rector y regulador considerando los enfoques de derechos, equidad, genero, participación y que atienda las determinantes sociales y necesidades de salud de la población en base a la mejor evidencia posible”

El funcionamiento de esta división de la subsecretaría se desarrolla a partir de diez departamentos, de los cuales uno tiene relación con los objetivos de la presente investigación, este departamento es el de salud mental, cuya misión es:

” contribuir al mejoramiento de la salud mental de la población, mediante el desarrollo, la implementación, la transferencia técnica y el monitoreo de políticas, planes y programas para la prevención y control de las enfermedades mentales, la recuperación de la funcionalidad y la reducción de la discapacidad asociadas a su padecimiento, así como de la rectoría y regulación de acciones sanitarias en temas relacionados a la salud mental, en miras al logro de los objetivos sanitarios, todo ello en el marco del modelo de salud familiar y comunitario.”

Además, según menciona el [Ministerio de Salud Gobierno de Chile \(2017a\)](#) es este departamento, la instancia asesora técnica de diseñar, formular, hacer seguimiento y evaluación del plan nacional de salud mental. Además se mencionan las funciones que desempeña el departamento de salud mental de la subsecretaría en análisis:

- Formular, evaluar, analizar y actualizar políticas, planes y programas, normas y protocolos referenciales de atención en materia de prevención y control de los trastornos y problemas de salud mental que afectan a poblaciones o grupos de personas.
- Difundir y comunicar las políticas, planes y programas, normas y protocolos referenciales de atención, en materia de prevención y control de los trastornos y problemas de salud mental, a la opinión pública, al sistema de salud y al intersector.
- Velar por el cumplimiento de las políticas, planes y programas, normas y protocolos

referenciales de atención, en materia de prevención y control de los trastornos y problemas de salud mental e impartir las instrucciones necesarias a tal efecto.

- Contribuir a la formulación, difusión y aplicación de leyes que influyen positivamente en la salud mental de la población.
- Contribuir a la promoción de los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales.
- Desarrollar acciones de coordinación con diversos sectores para la articulación de las políticas públicas en materia de salud mental.
- Contribuir al desarrollo y cumplimiento de las funciones de la Subsecretaría de Salud Pública (PSP, GES, etc).

2.4.2. Subsecretaría de redes asistenciales

La subsecretaría de redes asistenciales declara como misión, 'regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2017b](#)).

Y posee como objetivos estratégicos cuatro de siete totales, que están relacionados con objetivos de esta investigación los cuales son:

- Mejorar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud, con énfasis en la estandarización del Proceso de Diseño y Rediseño de Redes, a través de herramientas normativa para las redes de Alta Complejidad, Garantías Explícitas en Salud y Régimen General de Garantías, con el fin de aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud.
- Mejorar las condiciones que permitan el funcionamiento del Sistema de Garantías Explícitas en Salud en la Red del Servicio Público, mediante la gestión de las

brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones derivada de problemas de salud garantizados.

- Posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutivez y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.
- Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población.

Cabe resaltar para entender bien la conexión entre esta subsecretaría y la salud mental, el hecho de que esta está ligada a los servicios de salud en el país y más precisamente a su red asistencial, que en cada servicio de salud está constituida por todos los establecimientos asistenciales públicos que forman parte del servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud en el territorio del servicio y por último los establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

Respecto a la salud mental estas redes están compuestas por centros de atención primaria de salud con atención de salud mental, postas rurales con atención de salud mental, centros de salud mental comunitarios, unidades de psiquiatría ambulatoria, hospitales de día, cortas estadías de adultos en hospitales generales, cortas estadías de adolescentes en hospitales generales, centros diurnos, hospitales psiquiátricos y por último hogares y residencias protegidas. Para finalizar cabe resaltar el hecho de que el diagnóstico respecto a los servicios de salud mental en Chile fue desarrollado en secciones anteriores.

2.4.3. Instituciones administradoras de la Ley 16.744

Al investigar que otras instituciones están asociadas a las materias en estudio de salud mental, salud mental ocupacional y la promoción de estas en Chile, se encuentra que dentro de la Subsecretaría de Previsión Social perteneciente al Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se encuentra como uno de sus cuatro macro organismos el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) ([Minsiterio del Trabajo y Previsión Social Gobierno de Chile, 2017b](#)).

El ISL es una organización pública que administra el Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, seguro que se establece por la ley 16.744 la que a su vez establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. El ISL declara como misión ([Ministerio del trabajo y Previsión Social Gobierno de Chile, 2017](#)):

‘contribuir a la construcción e instalación de una cultura de trabajo que promueve y garantiza a los trabajadores y trabajadoras el ejercicio de sus derechos en materia de seguridad y salud laboral, a través del despliegue de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.’

Y de sus objetivos estratégicos dos de los tres declarados, tienen relación con la presente investigación que se muestran a continuación:

- Promover y potenciar el acceso universal de todos los trabajadores y trabajadoras al Seguro de Salud y Seguridad en el Trabajo, particularmente a independientes, pertenecientes a pequeñas empresas, informales y aquellos (as) con un mayor grado de vulnerabilidad, a través de actividades de información, difusión y capacitación.
- Posicionar al Instituto como el Servicio Público que impulsa la promoción y fomento del derecho a la Seguridad y Salud Laboral, mediante propuestas técnicas para el diseño y aplicación de Políticas Públicas en materia de Seguridad y Salud laboral.

Cabe destacar que en Chile además del ISL que es un organismo público administrador, existen tres mutuales de seguridad, que son instituciones privadas administradoras del seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Estas instituciones son sin fines de lucro están encargadas de las acciones de prevención de riesgos y de los servicios y tratamiento de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, estas son:

- Instituto de Seguridad del Trabajo (IST)
- La Asociación Chilena de Seguridad (ACHS)
- Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción

Por último cabe mencionar a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) que es un organismo autónomo del estado, cuya labor es 'fiscalizar el cumplimiento de la normativa de seguridad social y garantizar el respeto de los derechos de las personas, especialmente de los trabajadores, pensionados y sus familias' ([Minsiterio del Trabajo y Previsión Social Gobierno de Chile, 2017a](#)). Entre las entidades que debe fiscalizar se encuentran las mutuales y el ISL.

Cabe mencionar que en esta sección se abarcó solamente la estructura institucional de la salud mental ocupacional. Fue materia de diagnóstico el cómo se desarrolla esta en el país, la ley 16.744 y la relación entre salud ocupacional y salud mental, en secciones anteriores.

3 | SITUACIÓN INTERNACIONAL DE LA SALUD MENTAL

La [Organización Mundial de la Salud \(2008\)](#) indica que los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS) son prevalentes en todas las regiones del mundo, y además son factores de alta importancia en los análisis de morbilidad y muerte prematura. Se estima que la prevalencia de trastornos mentales en los adultos son del 12,2-48,6 % y la prevalencia en 12 meses alcanza 8,1-29,1 %. Además se calcula que un 14 % de la carga mundial de morbilidad es atribuible a los MNS. Incluso se estima que cerca del 30 % de la carga total de enfermedades no transmisibles es desarrollada por MNS a nivel mundial.

Lo antes descrito son hechos concretos de la situación actual de la prevalencia de MNS en el mundo, pero además se tiene la prolemática de poseer programas y tratamientos efectivos para poder reducir las cargas antes mencionadas, pero que estos no sean todavía desarrollados e incluidos en muchos países de ingresos medios y bajos, desarrollándose con esta situación, una enorme brecha en lo que al tratamiento y desarrollo de MNS respecta. Ejemplo de la brecha antes descrita es el hecho de que casi tres cuartos de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios-bajos. En lo que respecta al tratamiento de los MNS también se presentan brechas, como es el hecho de que para los trastornos diagnosticados como grave, entre un 35-50 % de los casos en los países desarrollados no presentaron tratamiento durante los últimos 12 meses, y esta tasa aumenta a un 76-85 % si hablamos de tratamiento en países poco desarrollados. Otros datos para mostrar la realidad de la brecha asistencial en lo que respecta a MNS es que se calculan en el mundo brechas del 32 % en la atención de la esquizofrenia, del 56 % en la depresión, de un 78 % en los trastornos debidos a consumo de alcohol y por último para

la epilepsia se cuenta con que 95 % de los pacientes de epilepsia en los países de escasos recursos no reciben un tratamiento adecuado ([Organización Mundial de la Salud, 2008](#)). A continuación se contextualiza la situación actual de la salud mental a nivel mundial.

- Respecto a la recopilación de información de salud mental para así poder desarrollar luego planes específicos por cada país, se encuentra que solo el 33 % de los Estados Miembros de la OMS recopilan información periódicamente sobre salud mental. Esta información por lo menos abarca al sector público de salud ([OMS, 2014](#)).
- El 68 % de los Estados Miembros de la OMS dispone de una política o un plan de salud mental específico y un 51 % ha promulgado una legislación independiente para la Salud Mental ([OMS, 2014](#)). Si bien las cifras parecen ser alentadores en términos cuantitativos, las políticas y legislaciones en muchos países se desarrollan de forma escasa y con poco avance respecto a instrumentos jurídicos sobre derechos humanos. En este aspecto también se tiene una brecha importante respecto a la contención legal que ampara a las personas con algún trastorno mental. Mientras que en los países con ingresos elevados un 92 % de las personas con trastornos mentales están amparadas por una legislación, en los países de bajos ingresos esta tasa llega solo al 36 % ([Organización mundial de la Salud, 2013](#)).
- En lo que respecta a la organización de movimientos sociales en pro de la salud mental se encuentran brechas importantes, teniendo en el caso de los países con ingresos bajos solo un 49 % de estas organizaciones en comparación con un 83 % en los países de ingresos elevados. Además las asociaciones de familiares afectados por trastornos mentales muestran el mismo comportamiento, teniendo un 39 % de desarrollo en países de ingresos bajos en comparación con un 80 % en los países de ingresos altos ([Organización mundial de la Salud, 2013](#)).
- El gasto público en salud mental es reducido. A nivel mundial se tiene el hecho que en los países de ingresos bajos y medianos se tiene un promedio de financiamiento de US2 anuales por habitante ([OMS, 2014](#)). Además según consigna la [Organización mundial de la Salud \(2013\)](#) gran parte de estos recursos son asignados exclusivamente

a hospitales psiquiátricos, pese a que a estos se le asocien malos resultados sanitarios y fuertes violaciones a los derechos humanos.

- La cantidad de recursos humanos como lo son los trabajadores de la salud mental a nivel mundial presenta un promedio de 10 trabajadores por cada 100.000 habitantes. Al analizar este dato ahora por diferencia de clasificación de países, se encuentra con una brecha que va desde menos de 1 persona como trabajadora de salud mental por 100.000 habitantes en los países de ingresos bajos, a más de 50 trabajadores de salud mental por cada 100.000 habitantes en los países de ingresos altos (OMS, 2014).
- La cantidad de camas destinadas a salud mental también muestra grandes brechas entre los países a partir de su clasificación económica. Esta va desde menos de 5 camas en los países de ingresos bajos a más de 50 en los países con ingresos altos (OMS, 2014).
- En lo que respecta a la promoción de la salud mental, se encuentra el hecho de que un 41 % de los Estados Miembros de la OMS tienen en marcha por lo menos dos programas de promoción y prevención en materias de salud mental (OMS, 2014).
- La disponibilidad de medicamentos básicos para los trastornos mentales en la atención primaria es de carácter bajo según consigna la Organización mundial de la Salud (2013). Lo antes descrito en comparación a la cantidad de medicamentos disponibles para enfermedades infecciosas o no transmisibles. Además de que la cantidad de medicamentos para la salud mental sea bajo, se tiene el hecho de que su uso se ve limitado producto de la falta de profesionales sanitarios cualificados con las facultades necesarias para prescribir medicamentos.

Entendiendo el contexto antes descrito, es que organizaciones a nivel mundial han ido desarrollando diferentes planes, políticas, guías y otros tipos de documentos para poder contextualizar la importancia de la salud mental a nivel mundial y también para guiar el desarrollo de planes y políticas gubernamentales.

Hoy en día el plan guía de las políticas y planes de salud mental de los distintos países a nivel global es el 'Plan de acción sobre salud mental de la OMS' (Organización mundial

de la Salud, 2013), donde se plantea que la visión sobre la materia es:

”un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones.”

La finalidad global de este plan de acción es: ”fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales.”

El desarrollo de este plan de acción se hace en base a los siguientes objetivos:

- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental. Las acciones propuestas para este objetivo se enfocan en:
 - Política y legislación
 - Planificación de los recursos
 - Colaboración con las partes interesadas
 - Fortalecimiento y emancipación de las personas con trastornos mentales

Para este objetivo se presenta como indicador de éxito el hecho de que para el año 2020 el 80 % de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas o planes de salud mental y el 50 % de estos también habrá elaborado o actualizado sus legislaciones sobre salud mental, ambos en base a los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta. Las acciones propuestas para este objetivo se enfocan en:
 - Reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura

- Atención integrada y adaptable
- Salud mental en las emergencias humanitarias
- Desarrollo de los recursos humanos

Para este objetivo se presenta como indicador de éxito el hecho de que la cobertura de los trastornos mentales graves aumente en un 20 % para el año 2020.

- Aplicar estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental. Las acciones propuestas para este objetivo se enfocan en:
 - Promoción de la salud mental y prevención de trastornos
 - Prevención del suicidio

Para este objetivo se presenta como indicador de éxito el hecho de que el 80 % de los países tendrán funcionando como mínimo dos programas multisectoriales de promoción y prevención en materia de salud mental y habrán reducido en un 10 % sus tasas de suicidios para el año 2020.

- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental. Las acciones para este objetivo se enfocan en:
 - Sistemas de información
 - Datos científicos e investigación

Por último se presentan los principios y enfoques que el plan de acción plantea para el desarrollo de la materia de salud mental, que vienen dados por:

- Cobertura sanitaria universal: independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

- Derechos humanos: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
- Práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.
- Enfoque multisectorial: la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia, vivienda, social y otros, así como con el sector privado, según proceda en función de la situación del país.
- Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.

3.1. Situación América Latina y el Caribe

Para estudiar la situación de la salud mental de América Latina y el Caribe, primero se debe conocer la historia de esta materia en la región. Para comenzar, se debe tener en cuenta que la situación de la salud mental en la región ha tenido históricamente serias limitaciones y dificultades, ya que en la mayoría de las ocasiones la salud mental no fue considerada como algo prioritario para las diferentes agendas gubernamentales.

A partir de esto es que en el año 1990 se gesta el movimiento denominado ‘Iniciativa para la re estructuración de la atención psiquiátrica’ en cual se involucran casi todos los países de la región. De esta forma se desarrolló la conferencia de re estructuración de la atención psiquiátrica con sede en Venezuela en el año 1990. Esta conferencia llega a marcar

un punto de inflexión en lo que a la salud mental significa para los países de la región, ya que en esta se adopta la ‘Declaración de Caracas’ que sirve como base para la acción en políticas de salud mental para los diferentes países de la región, además de marcar un precedente en la discusión y desarrollo de la salud mental ([Organización Panamericana de la Salud, 2009](#)).

Luego de la declaración de 1990, pasa el tiempo y en los consejos directivos de la organización panamericana de la salud de los años 1997 y 2001, se reitera el apoyo a la Declaración de Caracas y además se insta a los Estados Miembros de la OPS a desarrollar sus programas nacionales de salud mental, buscando de esta forma desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis; fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez; aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental, y mejorar la legislación y las regulaciones para la protección de los derechos humanos ([Organización Panamericana de la Salud, 2009](#)).

En el año 2005 se desarrolla una nueva conferencia regional de reforma de los servicios de salud mental, esta vez fue en Brasilia. En esta conferencia se destaca por sobre todas las cosas el hecho de ‘que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales’ y luego en el consejo directivo de la OPS celebrado en Washington el 3 de Octubre del 2008 se aprueba el Plan Estratégico 2008 – 2012. Desde donde ahora se desprenden nuevos objetivos en post de una mejor salud mental para la población y se centra el desarrollo de esta en base a la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, la violencia y las lesiones. Además destaca la falta de datos e información adecuados sobre los trastornos mentales en la mayoría de los países, hecho que impide la formulación de políticas y planes apropiados ([OPS, 2013](#)).

Es importante comprender la situación que refleja la historia reciente del comportamiento de los planes y políticas sobre salud mental a nivel de la OPS. Esto ya que en verdad nos enfrentamos a una problemática de carácter público, que cada vez toma mayor importancia en el desarrollo de políticas públicas en las agendas gubernamentales.

A continuación se presenta un diagnóstico de la situación actual de la salud mental en

América Latina y el Caribe, este diagnóstico se hace en base al 'Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe' (OPS, 2013), que a su vez se desarrolla partir de cada uno de los informes de salud mental desarrollado por los distintos ministerios de los países, en base a los sistemas de evaluación de la salud mental WHO-AIMS de la OMS.

Cabe señalar que países como Colombia y Venezuela no se presentan en el informe ya que a la fecha del desarrollo de este, no presentaban desarrollo de sus informes de salud mental en el país. Para los fines de la investigación presente solo se desarrollará un diagnóstico al grupo de países donde Chile se desarrolla es decir el de 'América del Sur' que cuenta en el grupo con Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.

3.1.1. Política y Marco Legislativo

En esta sección se analizan tres componentes, estas son el desarrollo de una política de salud mental, desarrollo de un plan nacional de salud mental y por último la legislación en materia de salud mental, la que se concluye a partir de si existe o no una ley en esta materia para los países analizados. Para mostrar la información al respecto se presenta la tabla 3.1.

	Año de la última política de salud mental	Año del último plan de salud mental	Año de la legislación en salud mental
Argentina	2010	2010	2010
Bolivia	NA	2009	NA
Brasil	2002	2004	2001
Chile	NA	2001	NA
Ecuador	NA	2010	NA
Paraguay	2002	2002	NA
Perú	2006	2006	NA
Uruguay	2005	1996	1936

Tabla 3.1: Año de publicación de políticas, planes y leyes de salud mental, por país.

(Fuente: OPS (2013))

A partir de la tabla 3.1 se puede observar que seis de los ocho países cuentan con una política de salud mental nacional. Entre los que no cuentan con una política específica en la materia se encuentra Chile y Bolivia, pero en caso de Chile la política se encuentra

expresada en el Plan Nacional de Salud Mental. Respecto ahora a los países que cuentan con un plan nacional de salud mental, se puede apreciar que todos los países de la región cuentan con este. Cabe resaltar que respecto a planes de salud mental en contextos de situaciones de emergencias a la fecha de análisis del informe solo Ecuador contaba con uno. Hoy en día y luego del terremoto del año 2010, en Chile también se ha desarrollado este plan.

En el análisis de la legislación respecto a la materia de salud mental y los derechos humanos, solo Argentina, Brasil y Uruguay cuentan con una legislación única para la materia. Cabe resaltar que Argentina cuenta con la ley particular de salud mental más reciente de la región, desarrollada en el año 2010 y que se guía a partir de convenciones internacionales y regionales relacionadas con la protección de los derechos humanos de los pacientes afectados por algún tipo de trastorno mental. Además dicha ley, se enmarca en el desarrollo de un modelo comunitario de atención de salud mental. En el mismo contexto, Brasil también cuenta con una legislación que busca desarrollar un modelo comunitario y el respeto por los derechos humanos.

3.1.2. Financiamiento

El 'Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe' (OPS, 2013) plantea que en la mayoría de los países poder conocer exactamente el monto de dinero que se destina a salud mental es muy difícil, lo que provoca que los datos de financiamiento sean obtenidos a partir de aproximaciones y estimaciones en algunos casos, y en otros a partir de sumas de información disponible. Para mostrar la situación del financiamiento de salud mental en los países en análisis se presenta la tabla 3.2.

A partir de la tabla 3.2 se puede apreciar que la razón de financiamiento asignado a la materia de salud mental es muy bajo en todos los países, además de estar muy por debajo del 10 % recomendado por la OMS.

Al realizar una comparación entre Chile y los demás países en análisis, se observa que el país se encuentra totalmente dentro del comportamiento común de los países de la región, ya que todos están entre un 2 % de asignación en materias de salud mental del total del financiamiento en salud, hasta un 2,9 %, excepto Uruguay que cuenta con un 7 % de

	Porcentaje del total del presupuesto de salud asignado al presupuesto de salud mental %	Porcentaje de los gastos de salud mental asignados a los hospitales psiquiátricos %
Argentina	2	65
Bolivia	0,2	SD
Brasil	2,4	49
Chile	2,1	33
Ecuador	1,2	59
Paraguay	1	84
Perú	3	98
Uruguay	7	72

Tabla 3.2: Porcentaje del presupuesto total de salud asignado para salud mental y porcentaje de los gastos de salud mental asignada a los hospitales psiquiátricos, según países/territorios.

(Fuente: OPS (2013))

proporción.

Un aspecto importante dentro de esta sección, es ver que cantidad de los recursos asignados a salud mental son asignados a los hospitales psiquiátricos. La importancia de este aspecto se entiende a partir de las diferentes resoluciones adoptadas en los Consejos Directivos de la OPS y OMS, además de los principios y objetivos enunciados en la mayoría de las políticas y planes nacionales de salud, en donde lo que se busca es una atención comunitaria en base a la integración, más que una atención centralizada en hospitales psiquiátricos. En este aspecto los países analizados se encuentran en una situación que no aporta mucho en el contexto de los principios y objetivos antes mencionados y con un comportamiento similar entre ambos nuevamente, ya que solo Chile posee un porcentaje menor del 40 % de asignación de los gastos a los hospitales psiquiátricos, con un 33 % de asignación, y todos los demás países poseen porcentajes de asignación que van desde la mitad del gasto total en salud mental como en Brasil, hasta casi la totalidad del gasto total en salud mental como en Perú con un 98 %.

3.1.3. Servicios de Salud Mental

Para poder analizar ahora los servicios de salud mental respecto a la situación de los países de la región, se presenta la tabla 3.3.

	Hospitales psiquiátricos	Dispositivos de atención ambulatoria	Centros de atención diurna	Unidades de psiquiatría en hospitales generales	Residencias comunitarias
Argentina	0,36	6,9	0,8	0,72	1,15
Bolivia	0,1	0,39	0,1	0,01	0
Brasil	0,12	0,58	0,4	0,06	0,23
Chile	0,03	0,7	0,5	0,3	0,6
Ecuador	0,03	0,23	0	0,1	0
Paraguay	0,05	0,5	0,02	0,04	0,1
Perú	0,01	2,7	0	0,07	S/D
Uruguay	0,1	1	0,9	0,7	S/D

Tabla 3.3: Número de dispositivos de cada categoría, por país, por 100.000 habitantes Hospitales.

(Fuente: OPS (2013))

A partir de la tabla 3.3 se puede establecer que en lo que respecta a hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes, Chile posee un bajo nivel con un indicador de valor 0,03, siendo el más bajo del grupo de países en análisis junto con Brasil que tiene un valor de 0,12 para el indicador. Esto se condice con lo mencionado en el apartado de financiamiento de la salud mental en los países, ya que como muestra la tabla 3.2 tanto Chile como Brasil son los países que cuentan con los menores aportes a financiamientos de hospitales psiquiátricos. Que recordemos es lo que se busca la OMS en las políticas y planes a nivel internacional, que la salud mental sea integrada y no centralizada a hospitales psiquiátricos. En lo que respecta a los demás países se encuentra el hecho de que Argentina y Uruguay cuentan con los mayores valores en los indicadores en este aspecto con 0,36 y 0,1 hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes, lo que también se condice con el hecho de que en estos países un mayor porcentaje de los recursos entregados en materias de salud mental son destinados al financiamiento de hospitales psiquiátricos.

A partir de los datos de la tabla 3.3 se puede apreciar como en lo que respecta al número de dispositivos de atención ambulatoria, Chile se encuentra con un bajo índice de estos ya que cuenta con 0,7 dispositivos por cada 100.000 habitantes, solamente superando a Brasil que cuenta con 0,58 como valor del indicador. Además Chile con su indicador se encuentra muy lejos de llegar al indicador de Argentina que cuenta con un valor de 6,9 y parece ser el líder en lo que respecta a esta materia.

Analizando ahora los centros de atención diurna, se señala primero que ningún país

de lo que están siendo analizados cuenta con indicadores que sea mayor que 1 centro de atención diurna por cada 100.000 habitantes. De esta forma Chile se encuentra con un indicador de 0,5 en versus de Argetina o Uruguay que tienen 0,8 y 0,9 centros de atención diurnos por cada 100.000 habitantes. En el resto de los países, tanto Cuba como Brasil poseen indicadores cercanos a Chile con 0,4 dispositivos por cada 100.000 habitantes y por último en México no se tiene desarrollo con 0 dispositivos y en Panamá también se tiene un bajo desarrollo de este tipo de dispositivos con un indicador de 0,09 dispositivos por cada 100.000 habitantes.

Ahora al apreciar como se comportan los países seleccionados respecto a la cantidad de unidades psiquiátricas en hospitales generales por cada 100.000 habitantes, se puede establecer como nuevamente es un indicador que en ninguno de los países logra tener un valor de 1 o mayor, además Chile vuelve a ser superada en el indicador por Argentina y Uruguay que cuentan con un indicador de 0,72 y 0,7 respectivamente que es más del doble del indicador de Chile que es 0,3 dispositivos por cada 100.000 habitantes.

Por último se analiza el indicador del número de residencias comunitarias por cada 100.000 habitantes que posee cada país a partir de la tabla 3.3, obteniendo que en este aspecto el desarrollo es casi nulo menos en Argentina, Chile y Brasil, en donde Argentina posee un alta indicador de 1,15 residencias comunitarias por cada 100.000 habitantes, Chile posee un indicador de 0,6 y Brasil de 0,23.

3.2. Situación salud mental en Europa

La 'Guía de prácticas y políticas sobre salud mental en Europa' ([WHO Europe, 2008](#)) indica que en los últimos años la mayoría de los países europeos han reconocido a la salud mental como un área prioritaria de desarrollo, y esto se entiende, ya que los trastornos neuro psiquiátricos y del comportamiento son la segunda mayor causa de pérdidas de años ajustados por discapacidad o muerte (AVISA), representando una carga del 19,5 % de estos. Además en los países europeos los trastornos neuropsiquiátricos son la principal causa de los años vividos con discapacidad (AVD), con un 39,7 % del total de estos. Incluso el trastorno depresivo unipolar es causante por si solo del 13,7 % de los AVD. Por su parte también el alzheimer y la demencia por si solos son causantes del 3,8 % de los AVD, además la esquizofrenia y el trastorno bipolar tienen una carga del 2,3 % del total de los AVD.

Otro factor para poder analizar el contexto de la salud mental es la tasa de suicidio, que para Europa es de carácter alta según lo que indica la guía llegando a las 15,1 personas por cada 100.000 habitantes. Respecto al suicidio en Europa, este es una de la diez causas más comunes de muerte prematura y un 90 % de estos se derivan de trastornos mentales. Respecto a temas de genero, el suicidio en Europa tiene una mayor prevalencia en los hombres, incluso llegando a ser entre los hombres de 18 y 35 años la principal causa de muerte en la unión europea ([European Commission, 2013](#)).

Ahora en lo que respecta a la prevalencia de los trastornos mentales dentro de los países de la unión europea, [Wittchen et al. \(2011\)](#) encontraron que un 38,2 % de la población había experimentado un trastorno mental durante los últimos 12 meses, siendo los trastornos más comunes encontrados el trastorno de ansiedad con una carga del 14 %, insomnio con un 7 %, depresión mayor 6,9 %, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, demencia y dependencia de alcohol y/o drogas también fueron trastornos frecuentes. Respecto ahora los costos económicos asociados a los trastornos mentales dentro de la unión europea, [Joint et al. \(2016\)](#) indica que estos se estiman en 450.000 millones de euros anuales, incluyendo costos médicos directos e indirectos tales como la atención médica y las pérdidas de productividad.

3.2.1. Política y Legislación

Para efectos de alguna entrega de información en esta sección, tómese de referencia:

- Grupo UE15: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Holanda, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido.
- Grupo UE12: Bulgaria, Chipre, República Checa, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, Rumania, Slovakia y Slovenia.

En lo que respecta al desarrollo de políticas de la salud mental, en los países europeos existen diferentes realidades de como se desarrollan estas. Por un lado se tiene el hecho de que solo 4 de los 42 países Europeos no desarrollan políticas específicas en materia de salud mental, estos países son Azerbaijan, Estonia, Georgia y Moldova. La mitad de los países cuenta con una política de salud mental que está separada de su política general de salud. Además seis de los 42 países cuentan con una combinación en el desarrollo de sus política teniendo documentos que son aparte de la ley general de salud y otras partes que hacen referencia en la política de salud general. Por último se cuenta con 13 países que tienen incluidas sus políticas de salud mental en sus políticas de salud general.

En la mayoría de los países se desarrollan políticas o planes que abarcan todos los aspectos de la salud mental, pero el aspecto que más se desarrolla es el de los centros comunitarios de salud mental que está presente en 38 de los 42 países, es decir en un 90 %. Respecto ahora a los planes que menos se desarrollan, estos son los que aseguran la calidad en el tratamiento de la salud mental, con solo desarrollo en 28 de los 42 países. Otra política interesante de analizar es la reducción del número de hospitales psiquiátricos, llegando a que un 87 % de los países del grupo UE15 y un 67 % de los del grupo UE12 cuentan con el desarrollo de este tipo de política.

Además de desarrollar políticas generales de salud mental, otros países también desarrollan algunos planes en áreas específicas de la salud mental como es el caso de Bélgica con la prevención del suicidio, Alemania en lo que respecta a trastornos tales como la depresión y la demencia y también el desarrollo de comisiones federales para resguardar derechos en los pacientes con trastornos mentales, otros casos son Polonia y España en lo que al alcohol

y la dependencia de sustancias se refiere, Croacia y Rumania han desarrollado también institutos nacionales de la salud mental y por último suiza en el desarrollo de políticas de promoción de la salud mental. Estos casos de políticas más específicas serán analizadas más adelante.

En lo que respecta a la legislación en salud mental se tiene el hecho de que solo 20 de los 44 países han desarrollado una nueva legislación en la materia desde el año 2005. De todas formas 29 de los 44 países cuentan con una ley específica de salud mental y 13 de los 44 tienen leyes sobre salud mental en la ley general de salud.

Además la 'Guía de prácticas y políticas sobre salud mental en Europa' ([WHO Europe, 2008](#)) menciona también el fuerte proceso que se ha vivido en Europa respecto a nuevo enfoque de la salud mental basado principalmente en la salud comunitaria, dejando atrás la antigua institucionalidad de la salud mental basada en hospitales psiquiátricos e instituciones de larga permanencia.

3.3. Promoción y prevención de la salud mental en Europa

A continuación se comenta el contexto de la promoción de la salud mental (PSM) y la prevención de los trastornos mentales (PTM) en los países Europeos. Según consigna la 'Guía de prácticas y políticas sobre salud mental en Europa' ([WHO Europe, 2008](#)), en la declaración de salud mental y en el plan de acción de salud mental para Europa, se describe que la promoción de la salud mental reduce la estigmatización, discriminación y exclusión social que muchas veces los pacientes de trastornos mentales sufren, además de prevenir futuros problemas mentales.

En Europa el 83 % de los países se desarrollan programas o actividades para atacar la estigmatización y discriminación que las personas con trastornos mentales sufren. Incluso hay campañas que son a nivel de más de un solo país, como es el hecho de Estigma Zero que se desarrolla en varios países Europeos. Otra campaña es Shift In que se desarrolla en Inglaterra y Gales (Reino Unido en este análisis) o el programa global de anti estigmatización desarrollado por la asociación mundial de Psiquiatría en países como Alemania, Grecia, Italia, Polonia y Eslovaquia.

Por otro lado se encuentran las actividades y programas para la PSM y PTM, respecto al desarrollo de políticas a nivel general de la unión europea. En este contexto se tiene el hecho que desde el año 2003 la comisión europea ha comenzado a financiar diferentes tipos de proyectos y programas. El primero de estos fue el programa para la implementación de acciones de promoción sobre la salud mental. el que tuvo como objetivo 'desarrollar y difundir estrategias de promoción y prevención de enfermedades mentales basadas en la evidencia en toda Europa, y así facilitar su integración en las políticas, programas y trabajo clínico diario de los profesionales sanitarios'. A este programa lo siguió el informe 'Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention A policy for Europe' (Jané-Ilopis y Andersons, 2005) el que exige a los estados miembros de la unión europea que elaboren planes específicos en lo que respecta a PSM y PTM, además de plantear también que se distribuyan recursos para la salud mental en relación a la carga que los trastornos mentales tienen sobre la salud como un todo. Además de esto, otras iniciativas han sido por ejemplo el sistema de información DataPrev, que reunió investigaciones y pruebas en relación a la PSM y PTM con el fin de ser un base de información fiable al respecto. La base de datos evaluó programas ligados al hogar y la familia en el contexto para bebés y niños pequeños, programas escolares para niños y adolescentes, programas basados en el contexto laboral y por último los basados en el hogar y la comunidad. También en la zona de la unión europea existe 'La red Europea para la promoción de la salud mental' que proporciona información, herramientas y capacitación para la implementación de PSM, además de facilitar la adopción e intercambio de buenas prácticas respecto a la materia (European Commission, 2013).

3.3.1. Situación salud mental laboral en la Unión Europea

Las estadísticas en la Unión Europea son claras, los trastornos mentales son una problemática dentro del contexto laboral, relacionado principalmente respecto a la productividad. La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo (2000) indicaba en el año 2000 que entre un 50 y 60 % de los días laborales perdidos dentro de los países de la Unión Europea (15 países) eran relacionados al estrés laboral. En el mismo contexto Mcdaid et al. (2008) indica que para el año 2007 los costos por productividad producidos por ausentismo

ligado a trastornos mentales, en los países de la Unión Europea se estimaron en 136.000 millones de Euros. De este monto total, 99.000 millones de Euros corresponden a trastornos relacionados con la depresión o la ansiedad ([Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo, 2009](#)). Cabe mencionar que la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo, es el organismo que se ocupa de generar diferentes tipos de disposiciones y programas respecto a temáticas de adaptación y diseño de sistemas de trabajo y organización, como también mejoras en sistemas de turno, métodos de producción con objetivos de tener trabajos no monótonos, factores del entorno laboral e incluso la gestión de algunos factores de riesgo psicosocial en el lugar del trabajo ([European Commission, 2014b](#)).

En lo que a legislación se refiere, existe un marco normativo directivo de carácter general que rige todos los aspectos en relación a la seguridad y salud laboral de los países de la Unión Europea. Esta legislación es la Norma Directiva 89/391 / CEE relativa a la seguridad y la salud laboral. En esta legislación se especifica la obligación general de los empleadores de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en su contexto laboral. Este marco normativo directivo es algo general de la salud y la seguridad laboral de los países de la Unión Europea y explícitamente no ocupa términos como 'riesgos psicosociales' o 'relación trabajo estrés' dentro de sus objetivos. Si bien explícitamente no se señalan los términos antes planteados, si es explícito el requerimiento a los empleadores respecto a que 'adapten el trabajo al individuo, por sobre todo en lo relacionado a diseño de lugares de trabajo, equipos de trabajo, elección de métodos de trabajo y métodos de producción con una visión puesta en aliviar cargas de trabajo monótono y trabajar en un ambiente predeterminado de trabajo' además de 'Desarrollar una política general coherente de prevención que cubra la tecnología, la organización del trabajo, las condiciones laborales, las relaciones sociales y la influencia de factores relacionados con el entorno de trabajo' ([European Commission, 2014a](#)).

En relación ahora a estrategias desarrolladas a nivel de los países de la Unión Europea, es decir no a normativas, pero en el mismo tema de salud mental y riesgo psicosociales en el trabajo, la [European Commission \(2014a\)](#) indica como relevantes las siguientes:

- Estrategia de Lisboa: Objetivo de la UE para el crecimiento económico y la competitividad. Blancos Hacia el pleno empleo y una mayor inclusión social

- Estrategia comunitaria sobre salud y seguridad en el trabajo, 2007-2012
- Libro Blanco de la Comisión "Juntos por la Salud"
- Acuerdo marco sobre el estrés relacionado con el trabajo
- Acuerdo marco sobre el acoso y la violencia en el trabajo
- El Pacto de Salud Mental.

En los países de la Unión Europea desde hace varios años se han posicionado temas de salud y trabajo dentro de sus políticas también de promoción. Respecto a esto se mencionan algunas de las principales campañas de promoción de lugares de trabajo saludables ([European Commission, 2014a](#)):

- Campaña 'Lugares de trabajo saludables' que se desarrolla desde el año 2000, es uno de las principales herramientas de sensibilización de la agencia europea para la seguridad y la salud laboral. En esta campaña se busca promover cuestiones relacionadas con la seguridad y la salud en el trabajo además de potenciar la idea que la buena salud y la seguridad son buenos factores para los negocios. En el mes de abril del año 2014 esta campaña lanzó su versión 'Los lugares de trabajo saludables, gestionan el estrés'. Esta campaña tiene como duración dos años y busca sensibilizar sobre el estrés y los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo tanto a altos ejecutivos, directores y gerentes, como a los trabajadores y sus representantes. La campaña promovió el uso de herramientas y guías simples de prácticas para manejar los riesgos psicosociales y el estrés en el lugar de trabajo, como también mostrar los efectos positivos tanto para las personas como para la organización de realizar este tipo de gestión.
- Semana Europea de Seguridad y Salud en el trabajo. Esta iniciativa se desarrolla en Octubre todos los años y en ella se incluyen conferencias, talleres de formación, además de campañas publicitarias y conferencias de prensa. También se desarrolla el premio 'Healthy Workplaces Good Practices Award' que premio a las organizaciones que han desarrollado formas innovadoras de promover la seguridad y la salud, además

esta actividad se cierra con una gran cumbre que junta a profesionales de la salud y seguridad, diferentes representantes del mundo gubernamental y otras organizaciones.

Otro ejemplo de desarrollo de iniciativas en lo que respecta a salud mental ocupacional, pero ahora centrado respecto a la gestión de los riesgos psicosociales y enfocado en un mayor grado en estrés laboral y la violencia en el trabajo en sus diferentes formas, es PRIMA-EF. Este es un proyecto de colaboración entre diferentes instituciones como lo son la OMS y los institutos de salud laboral de países como Alemania, Finlandia, Holanda, Italia, Polonia y el Reino Unido, incluso esta iniciativa ha sido mencionada como un marco de referencia en lo que respecta al análisis y gestión de los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo para los países de Europa ([Moreno Jiménez y Báez León, 2010](#)).

3.4. Modelo de Inglaterra

En lo que respecta a salud mental, desde el año 1601 en la legislación británica se regula el tratamiento de los pacientes con algún desorden mental, y en a lo menos 34 veces esta ley ha sido reformada para ir adaptándose a los diferentes cambios culturales como también a los nuevos conocimientos respecto a esta temática. Hoy en día y partir de la conciencia de estos cambios antes mencionados y de la realidad del contexto de la salud mental es que la ley se sustenta bajo cinco principios orientadores, que se mencionan a continuación ([Barrera P, 2016](#)).

- Privilegiar la opción menos restrictiva y maximizar la independencia de los pacientes
- Empoderar e involucrar a los pacientes
- Respeto y dignidad hacia los pacientes y sus familiares
- Efectividad de las intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible
- Equidad y eficiencia en los servicios disponibles

Respecto al desarrollo de la salud mental en Inglaterra, se encuentra como un hito el 'Marco Nacional de Servicios de Salud Mental', creado por el servicio de salud del Reino

Unido, el cual trajo grandes cambios a los servicios de salud mental en Inglaterra. Este marco nacional en Inglaterra estableció una ambiciosa agenda de 10 años de duración con el objetivo general de mejorar la salud mental en los adultos en edad laboral en áreas de calidad, abarcando de esta forma a todos los servicios principales, dichos estándares son (Boardman y Parsonage, 2009):

- Promoción de la salud mental y la no discriminación, en donde se insta a los servicios de salud y sociales a promover la salud mental para todos, trabajando tanto con los individuos como con las comunidades. Y también combatir la discriminación contra grupos e individuos con problemas de salud mental y promover a la vez su inclusión social.
- Cualquier servicio de atención primaria que sea contactado por una persona con problemas de salud mental debe identificar y evaluar las necesidades de salud mental de esa persona y se le debe ofrecer tratamientos eficaces incluyendo la remisión a servicios especializados si así fuese necesario.
- Cualquier persona con un problema de salud mental común debe poder ponerse en contacto permanente con los servicios locales necesarios para poder satisfacer sus necesidades médicas y recibir la atención adecuada. Además debe poder utilizar NHS-Direct que es un servicio de información telefónica dirigido por enfermeras, que brinda asesoramiento básico de salud a las personas que se comunican y dirige a aquellos con quejas más graves a la parte apropiada del NHS más amplio. Es accesible las 24 horas del día, los siete días de la semana, y es uno de los servicios de telemedicina más grandes del mundo.
- Todos los usuarios de los servicios de salud mental deben recibir una atención que optimiza el compromiso, anticipa o previene una crisis y reduce el riesgo, además de tener una copia escrita de su plan de cuidado y tener acceso a los servicios de salud mental las 24 horas y los 365 días del año.
- Todos los usuarios de los servicios de salud mental, que se considere que requieren de un periodo de cuidado fuera de su hogar, deberán tener acceso a una cama en un

hospital bajo los principios de cercanía y el entorno menos restrictivo. Además de también poseer una copia escrita de su plan de cuidado.

- Que tiene que ver con los derechos de los cuidadores de personas con trastornos mentales.
- Que tiene que ver con la promoción y prevención del suicidio a partir de los mismos estándares antes descritos.

Dado el alcance de los estándares antes planteados, para implementar este programa marco se necesitó una considerable expansión y mejora en los servicios de salud mental existentes. Lo antes descrito fue abordado por el Plan del servicio nacional de salud, en el cual se plantearon metas para fortalecer la salud mental desde un enfoque comunitario y dejar atrás las salas de larga estadía. De esta forma se introdujeron servicios de salud mental comunitarias como terapias de resolución de conflictos, servicios de terapias habladas basadas en la atención primaria (como NHS Direct), además de mejorar el acceso a las terapias psicológicas. También se desarrollaron marcos nacionales de servicios respecto a la salud mental para adultos mayores, jóvenes y niños, lo que fueron lanzados por separado ([European Commission, 2013](#)).

En el año 2011 en Inglaterra se introduce una nueva política de salud mental que buscó otorgar la misma importancia a la salud mental que a la salud física como uno de sus principales objetivos, esta política fue 'Sin salud mental no hay salud' ([Department of health United Kingdom, 2011](#)). Esta política tuvo seis objetivos respecto a la salud mental:

- Que más personas de todas las edades tengan una mejor salud mental
- Más personas con problemas mentales se recuperaran
- Menos personas con problemas de salud mental morirán prematuramente, y más personas con malestar físico tendrán una mejor salud mental.
- Más personas tendrán una experiencia de apoyo y cuidado
- Menos personas sufrirán daño evitable

- Menos personas sufrirán estigma y discriminación

Con el fin de pasar de ideas a acciones concretas para lograr alcanzar el objetivo de equiparar a la salud mental con la salud física, es que se publicó 'No health without mental health : implementation framework' ([Department of health United Kingdom, 2012](#)), que es un marco de implementación de la política 'sin salud mental no hay salud'. Este marco fue desarrollado por una amplia gama de organizaciones relacionadas con la salud mental con el fin de entregar un marco práctico para las diferentes organizaciones y que así la visión de las estrategias respecto a la salud mental se cumplan. Este marco además de acciones prácticas sobre la salud mental para las organizaciones, también desarrollo un marco de iniciativas reales de como otras organizaciones ya estaban generando cambios basados en la evidencia. El marco de implementación se divide en cuatro secciones que a continuación se presentan:

- Cambios necesarios para convertir la visión de la estrategia de salud mental en realidad
- Establecer como se medirán e informaran los avances en la implementación de la estrategia
- Establecer que pueden hacer las organizaciones locales, tanto de forma individual como colectivamente, para implementar la estrategia
- Establecer como la acción global será apoyada por el gobierno y otras organizaciones nacionales

Al pasar unos años de la implementación de este marco de la política 'sin salud mental no hay salud', se implementó una nueva línea de acción respecto a la salud mental en Inglaterra, con la publicación de 'Closing the Gap : Priorities for essential change in mental health' ([Department of health United Kingdom, 2014](#)). Este documento declara seguir firmemente ligado a los objetivos y lineamientos establecidos por el marco de implementación de la política 'sin salud mental no hay salud', a su vez también valora los cimientos que se han ido desarrollando para transformar la salud mental desde una

perspectiva de mejoras de calidad y disponibilidad de los servicios de salud mental, como también valora grandes avances en lo que respecta a la discriminación y el estigma hacia las personas con problemas mentales. Pero este documento pone un foco de atención en el hecho de que lo antes planteado no es suficiente y declara que 'Aún no estamos haciendo suficiente diferencia entre un número suficiente de personas', de esta forma la nueva política pone como foco de acción 25 áreas de atención y apoyo a la salud mental en las que tanto el gobierno, junto con líderes de salud y asistencia social, académicos y una gama de organizaciones sociales, declararon esperar ver cambios tangibles en los próximos 2 o 3 años. Estas 25 áreas se dividen en cuatro ejes:

- Aumentar el acceso a los servicios de salud mental, que tiene áreas de acción tales como liderar una revolución de la información entorno a la salud mental y el bienestar para la población, establecer límites claros de tiempo de espera para los servicios de salud mental, una tasa de más de 900.000 beneficiarios de terapias psicológicas al año, mejoras en el acceso a terapias para niños y jóvenes, además de otorgar más derechos respecto a la atención de los pacientes y facultades respecto a la calidad de los servicios de atención.
- Integración entre la atención de la salud física y la salud mental
- Comenzar temprano la promoción del bienestar mental y la prevención de los trastornos mentales, este eje tiene área de desarrollo como ofrecer un mejor apoyo a las nuevas madres para minimizar los riesgos e impactos de la depresión postnatal, apoyo a las escuelas para identificar problemas de salud mental antes y terminar con la pérdida de apoyo para los niños y jóvenes con necesidades de salud mental cuando estos cumplen los 18 años.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental, este eje tiene áreas de desarrollo como eliminar la discriminación entorno a la salud mental, desarrollo de apoyos en relación a las personas con trastornos mentales y el trabajo, como también áreas de apoyo y recuperación a las personas con problemas de salud mental

Por último y respecto a la relación entre salud mental y trabajo, este se reconoce tanto a nivel legal como a nivel de acción de las instituciones. Ejemplo de esto es la iniciativa 'Management Standards for work related stress' que es una guía de gestión o normas respecto a la relación entre estrés y trabajo. Esta iniciativa define las características o la cultura de aquella organización en que los riesgos asociados al estrés laboral son gestionados y controlados eficazmente. Cabe resaltar que esta iniciativa respecto a salud mental y trabajo, es una de las iniciativas más reconocidas a nivel europeo respecto a la materia ([European Commission, 2014b](#)). Como efecto de lo antes descrito, se puede atribuir el hecho de que el reino unido es el país con la tasa más baja de estrés en Europa ([WHO Europe, 2008](#)).

3.5. Modelo de España

En lo que respecta a salud mental, España es un modelo que en bastantes aspectos está sobre la media de los países de la Unión Europea, ejemplo de esto es que posee un sistema descentralizado de salud mental, ofreciendo de esta manera una amplia gama de servicios comunitarios, incluyendo unidades psiquiátricas en hospitales generales, hospitales de día y atención domiciliaria con equipos multidisciplinario respecto a servicios médicos, también existen servicios que incluyen centros de inserción laboral. Además de esto España cuenta con uno de las tasas de suicidio más bajas de Europa, siendo esta de 2,6 en mujeres respecto a un promedio europeo de 4,8 y en el caso de los hombres es de un 9,1 respecto a un promedio europeo de 21,3 muertes por suicidios por cada 100.000 habitantes. Hoy en día los costos respecto a los trastornos mentales en España se calculan en 83.749 millones de euros anuales, lo que representa cerca de un 8 % de su PIB ([European Commission, 2013](#)).

En España se marco un hito el año 2004 respecto al desarrollo de la salud mental, ya que luego de 19 años del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, se convocó por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo a todas las asociaciones tanto profesionales como ciudadanas que estuviesen directamente interesadas en la salud mental, y junto con las comunidades autónomas, para que reflexionaran sobre si en esos 19 años y a partir de los importantes cambios a nivel económico, político, social, técnico y científico

que se habían desarrollado tanto a nivel nacional como internacional, había que llevar a cabo una nueva estrategia para conducir la temática.

A partir del llamado a reflexión antes mencionado se crearon dos comités de trabajo, el científico constituido por sociedades profesionales, ciudadanas y expertos designados y el comité institucional. A partir del trabajo en conjunto de ambos comités, se desarrolló la 'Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud' ([Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006](#)). Cabe resaltar que un trabajo previo a la estrategia fue el informe solicitado a la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica para describir y analizar el estado de la situación de la salud y las enfermedades mentales en España. Lo antes descrito producto de la escasa información anterior.

La estrategia se desarrolla a partir de líneas estratégicas para abordar la temática de la salud mental. Estas líneas estratégicas y sus objetivos generales son:

- Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental
- Atención a los trastornos mentales
- Coordinación intrainstitucional e interinstitucional
- Formación del personal sanitario
- Investigación en salud mental
- Sistemas de información y evaluación

Cabe resaltar que cada una de estas líneas estratégicas cuentan con una justificación, objetivos y recomendaciones y un sistema de evaluación.

Respecto a la línea estratégica de 'Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental'. Esta se desarrolla a partir de tres objetivos generales y cada uno de estos cuenta con distintos objetivos específicos. Los objetivos generales fueron:

- Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos

- Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general
- Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales

Cabe resaltar que en el caso de la línea estratégica en análisis además de tener su justificación, objetivos, recomendaciones y el sistema de evaluación, cuenta con ejemplos de programas y un portal de buenas prácticas de ejemplo. En el año 2009 estos objetivos fueron evaluados y se encontró el hecho de que la mayoría de estos ya se habían comenzado a desarrollar o incluso estaban parcialmente cumplidos, incluyendo en estas áreas la promoción y prevención en la materia. Respecto a esta última la 'Comisión Europea' ([European Commission, 2013](#)) menciona el hecho de que entre el año 2006 y el 2008 entre la mayoría de las 17 comunidades autónomas en que esta dividido España se habían reportado intervenciones al respecto en sus planes de salud, encontrando incluso 46 programas que ya se habían desarrollado, además de 22 en curso. En términos de intervenciones éstas fueron más de 34.000 y solo alrededor de 2.000 fueron evaluadas, por lo que evidencia que han desarrollado bastante actividad en PSM y PTM pero no tanto en evaluación. Además también se ha desarrollado fuertemente la 'alfabetización en salud mental', como también intervenciones que van orientadas a asesorar e informar a los responsables institucionales de la relación existente entre las actuaciones de carácter institucional y la salud mental. Esto está orientado a concienciar a políticos y altos funcionarios en la necesidad de tener en cuenta las implicaciones sobre la salud mental de la población que pueden tener todo tipo de políticas, incluso aquellas sin un objetivo aparentemente relacionado con la salud. Además de desarrollar en la mayoría de las comunidades autónomas intervenciones comunitarias en "áreas de alto riesgo de exclusión social o marginalidad". También se han desarrollado programas respecto a la integración y reducción de la estigmatización de las personas con trastorno mentales en casi todas las comunidades autónomas ([Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011](#)).

Respecto al avance de la salud mental en España en los últimos años se menciona el hecho de que luego de la evaluación antes mencionada, se desarrolló la 'Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 - 2011' ([Ministerio de Sanidad y](#)

[Consumo, 2011](#)) y ahora último se desarrolló la que guió y guiará las acciones respecto a la materia entre los años 2015-2019 en donde uno de los mayores énfasis de esta es la lucha contra el suicidio ([Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015](#)) en la cual si bien España posee un bajo índice, desde el año 2011 se han notado algunos incrementos, entonces con el fin de poder revertir esta situación se ha puesto como un eje central.

Para finalizar se menciona el hecho de que en España para enfrentar la situación infanto juvenil en lo que a salud mental respecta, se creó una nueva especialidad psiquiátrica, la que fue Psiquiatría del Niño y Adolescente, de la que se han convocado 1.155 plazas para médicos y 944 para enfermeros desde que se creó en el año 2011.

3.6. Modelo de Canadá

El sistema de salud mental en Canadá funciona hoy en día en base a la Comisión de Salud Mental de Canadá (MHCC, por sus siglas en inglés), que fue creada en el año 2007 por el gobierno federal con el objetivo de que fuera un catalizador para mejorar el sistema de salud mental y la conciencia de los canadienses respecto a temas de salud mental ([Mental health commission of Canada, 2017](#)).

La comisión fue creada por el gobierno federal luego de que en el año 2006 se llevara a cabo el primer estudio nacional de salud mental, enfermedad mental y adicción. Este estudio fue parte de los insumos de una comisión del senado, que al analizar los preocupantes resultados instó a desarrollar una comisión específica para la materia. A partir de esto se formó la comisión con la misión de desarrollar iniciativas y proyectos dirigidos por expertos, además de crear alianzas para poder desarrollar proyectos y acciones con otros sistemas o instituciones que están directamente relacionados con la salud mental, como son por ejemplo el sistema de justicia, vivienda, trabajo y atención primaria de salud entre otros. Cabe mencionar la comisión es financiada por 'Health Canada' que es el departamento gubernamental de Canadá responsable de la salud.

El primer gran paso de la MHCC, fue desarrollar 'Toward Recovery & Well-being' ([Mental health commission of Canada, 2009](#)), que fue un informe marco desarrollado según se consigna en el mismo, a partir de un gran trabajo participativo incluyendo diferentes

reuniones y consultas públicas a lo largo del país. Este marco no es una estrategia de salud mental en si, si no más bien un marco de desarrollo para una transformación del sistema de salud mental. Para lograr lo antes descrito este informe se propone siete metas o enfoques que se deben seguir, que se mencionan a continuación:

- Todas las personas, sin importar su edad, que sufran problemas o enfermedades relacionadas a la salud mental deben ser apoyadas en su tratamiento de recuperación y bienestar.
- Se debe promover la salud mental y la prevención de trastornos mentales siempre que esto sea posible
- El sistema de salud mental debe responder a las diversas necesidades de los ciudadanos canadienses
- Reconocer el papel que juegan las familias en la promoción del bienestar y la prestación de cuidados
- Entregar acceso equitativo y oportuno a programas, tratamientos y servicios a las personas en relación a sus necesidades
- Desarrollo de acciones basadas a partir de fuentes de información. Además de evaluar estas mismas y avanzar en investigación
- Inclusión como miembros valiosos dentro de la sociedad de personas con problemas y enfermedades mentales

El desarrollo de este marco es indicado como el primer paso en la transformación del sistema de Salud Mental de Canadá. Luego de este vino la publicación de la primera estrategia de Salud Mental de Canadá, 'Changing Directions Changing Lives' ([Bartram et al., 2012](#)), la que se desarrolló a partir de seis áreas:

- Promover la salud mental durante toda la vida en los hogares, las escuelas y los lugares de trabajo, y prevenir la enfermedad mental y el suicidio siempre que sea posible.

- Fomentar la recuperación y el bienestar de las personas de todas las edades que viven con problemas y enfermedades mentales además de defender sus derechos.
- Proporcionar acceso a la combinación correcta de servicios, tratamientos y apoyos, cuando y donde la gente lo necesite.
- Reducir las disparidades entre los factores de riesgo y el acceso a los servicios de salud mental, y fortalecer la respuesta a las necesidades de las diversas comunidades y los habitantes del Norte.
- Trabajar con las Primeras Naciones, Inuit y Métis para atender sus necesidades de salud mental, reconociendo sus circunstancias, derechos y culturas. Lo antes descrito es respecto a los pueblos originarios de Canadá.
- Movilizar el liderazgo, mejorar los conocimientos y fomentar la colaboración en todos los niveles.

Cabe resaltar que en estas seis áreas se encuentran 21 prioridades y 109 recomendaciones de acción para el desarrollo de las mismas. En lo que respecta al área de promoción y prevención esta se desarrolla en base a cuatro prioridades que son:

- Aumentar la conciencia sobre la salud mental, la prevención de enfermedades mentales y el suicidio, además de reducir el estigma al respecto de los trastornos mentales
- Aumentar la capacidad de las familias, los cuidadores, las escuelas, las instituciones postsecundarias y las organizaciones comunitarias para promover la salud mental en los lactantes, los niños y jóvenes, además de prevenir enfermedades mentales y el suicidio, además de intervención temprana cuando surjan problemas
- Crear lugares de trabajo mentalmente saludables
- Aumentar la capacidad de los adultos mayores, las familias, los entornos de cuidado y las comunidades para promover la salud mental en la vida mayor, prevenir la enfermedad mental y el suicidio donde sea posible, e intervenir temprano cuando surjan problemas.

Cabe resaltar que el avance que ha tenido Canadá respecto al desarrollo de políticas de promoción y prevención en los segmentos y áreas que declaró en su primera estrategia ha sido muy grande. De esta forma se puede evidenciar que respecto a la salud mental en niños y jóvenes se encuentra como piedra angular en el desarrollo de la temática la publicación de 'Evergreen : A Child and Youth Mental Health Framework for Canada A project of the Child and Youth Advisory Committee of the Mental Health Commission of Canada' ([Mental health commission of Canada, 2010](#)), que es un marco de desarrollo para la salud mental en niños y jóvenes. Este marco además de evidenciar como en otros marcos de desarrollo, la problemática y la posibilidad de desarrollo de políticas respecto a los niños y jóvenes canadienses, especifica valores de la política en cuatro direcciones estratégicas claras que son:

- Promoción
- Prevención
- Intervención y atención continua
- Investigación y evaluación

Además de esta 'piedra angular' antes planteada, se publicó también The Mental Health Strategy for Canada : A Youth Perspective ([Mental health commission of Canada, 2013](#)), que es una versión adaptada de la primera estrategia de salud mental canadiense, desarrollada desde una perspectiva juvenil con el fin de dar vida a muchas de las estrategias planteadas inicialmente, a partir de variados ejemplos de buenas prácticas basados en evidencia, además de generar que la política sea más accesible a la población, ya que cuenta con variados recursos que hace que sea de más dinámica lectura. Esta última publicación fue desarrollada por el consejo de la juventud de la comisión de salud mental canadiense.

En el contexto de los niños que pasan a ser adultos y que muchas veces chocan con el paso desde el sistema de salud mental para niños al sistema para adultos, es que se abordó este tema generando un documento de estudio al respecto y una declaración de consenso, para así buscar desarrollar estrategias tanto a nivel federal como de provincia que aborden este tema. A partir del trabajo desarrollado es que la comisión desarrolló 'Taking the Next

Step Forward' ([Mental health Commission of Canada, 2015](#)), en donde se aborda esta temática dando consejos sobre cómo abordar los problemas de los jóvenes que viven con problemas y enfermedades y se encuentran al momento de la transición a la edad adulta. Además ofrece recomendaciones para mejorar los servicios para los adultos emergentes en los niveles nacional, provincial / territorial y regional.

Respecto ahora a la salud mental y lugar de trabajo la comisión ha desarrollado una variada gama de políticas y estrategias. Nuevamente se puede distinguir una política clave que marca el desarrollo al respecto, que en este caso es 'Psychological health and safety in the workplace: Prevention , promotion , and guidance to staged implementation' (?). Este marco la comisión lo define como 'el primero de su tipo en el mundo' y es un conjunto de directrices voluntarias, herramientas y recursos destinados a guiar a las organizaciones en la promoción de la salud mental y la prevención del daño psicológico en el trabajo. Esta norma se plantea hacia las organizaciones desde el punto de vista de guiar sus esfuerzos actuales y futuros de una manera que proporcione el mejor retorno de la inversión, con un foco desde la salud mental. Por lo tanto a las organizaciones las ayuda en temas relacionados con;

- Productividad
- Rendimiento financiero
- Gestión de riesgos
- Reclutamiento Organizacional
- La retención de empleados

Además la norma indica que las organizaciones deberán establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de salud y seguridad psicológica en base a los siguientes elementos:

- Compromiso, liderazgo y participación
- Planificación
- Aplicación

- Evaluación y acción correctiva
- Revisión de la dirección

Cabe resaltar que para cada uno de estos elementos se indica claramente un marco de desarrollo respecto a que se refiere cada uno de los puntos. Además posee un 'escenario de implementación guía' tanto para pequeñas como para grandes organizaciones. Todo lo antes descrito en base a trece factores identificados por la norma, que afectan la salud y seguridad psicológica en el lugar de trabajo. Estos trece factores son cultura organizacional, apoyo psicológico y social, liderazgo y expectativas claras, civilización y respeto, demandas psicológicas, crecimiento y desarrollo, reconocimiento y recompensa, participación e influencia, gestión de la carga de trabajo, compromiso, equilibrio, protección psicológica y protección de la seguridad física. Cabe resaltar que cada uno de los riesgos en la norma son definidos y además establece claramente como se debería desarrollar cada factor en una organización, para garantizar el cuidado de la salud mental.

En el mismo contexto de la salud mental en el lugar de trabajo, Canadá también ha desarrollado el programa Road to Mental Readiness (R2MR), el cual identifica el hecho de que a menudo el estigma relacionado a los problemas mentales es una barrera que impide que la gente que está comenzando a sufrir un desorden de estas características busque ayuda. De esta forma el miedo al estigma retrasa el diagnóstico y el tratamiento. Incluso el programa señala que si se identifican y tratan temprano, los problemas de salud mental pueden ser temporales y reversibles. El R2MR es un programa de entrenamiento que busca:

- Mejorar el desempeño en el corto plazo y el estado de la salud mental en el largo plazo
- Reducir las barreras a la atención y fomentar el acceso temprano a la atención
- Proporcionar las herramientas y los recursos necesarios para administrar y apoyar a los empleados que pueden estar experimentando una enfermedad mental
- Ayudar a los altos cargos ejecutivos a mantener su propia salud mental, así como promover la salud mental positiva en sus empleados

Este entrenamiento se hace a partir de cursos de 4 y 8 horas respectivamente para empleados y altos ejecutivos. Respecto a programas de entrenamiento u entrega de habilidades, también se tiene el desarrollo de 'Mental Health First Aid', que en su traducción hace referencia a 'primeros auxilios de salud mental'. Este es un programa que tiene como objetivo mejorar la alfabetización en salud mental y proporcionar las habilidades y conocimientos para ayudar a las personas a manejar de mejor manera, problemas de salud mental (crisis) que están sufriendo ellos mismos, un miembro de la familia, un amigo, un colega de trabajo o cualquier persona. Al igual que los primeros auxilios físicos, este programa se administra hasta que la crisis haya pasado o hasta encontrar el tratamiento apropiado. Cabe resaltar que cualquier persona puede acceder a este programa, además posee programas generales como también algunos específicos para cierto segmento de personas, como lo son adultos mayores o adultos tratando con jóvenes entre otros, además de la guía general y universal para todas las personas.

Por último en lo que respecta a los adultos mayores, la comisión también desarrolló un plan guía de servicios integrales para la salud mental de adultos mayores en el país, este programa ofrece varias recomendaciones para apoyar a los diseñadores de políticas y proveedores de servicios en la planificación, desarrollo e implementación de un sistema de servicios de salud mental que pueda responder efectivamente a las necesidades únicas de una población envejecida. Además de esto la comisión desarrolló una especie de observatorio respecto a la política de salud mental para adultos mayores y los sistemas de atención ya existentes, en donde se pueden recoger las evaluaciones de los servicios ya existentes y también los valores que las personas mayores quieren y necesitan para su salud mental.

Para finalizar cabe resaltar que en materia de prevención de suicidio y de radicación del estigma también la comisión, junto con otras organizaciones han desarrollado diferentes marcos de trabajo y programas al respecto. En caso del suicidio este se desarrolla a partir del 'marco para la prevención del suicidio' el que establece objetivos y estrategias bastante claras, además de indicar claramente los riesgos y factores protectores del suicidio como también las actividades con las que pueden desarrollarse estos. Cabe resaltar que los objetivos de este marco son ([Mental Health Commission of Canada, 2016](#)):

- Reducir el estigma y sensibilizar a la población

- Conectar a los canadienses con la información y los recursos
- Acelerar el uso de la investigación y la innovación en la prevención del suicidio.



4 | REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. Los Trastornos Mentales como Causa de Pérdidas de Productividad

Al revisar la academia, se encuentra el hecho de que las estimaciones sobre salud mental históricamente se han desarrollado buscando incidencias, prevalencias y factores sobre los trastornos mentales, pero no se habían desarrollado mayores estudios relacionado a los impactos sociales y las magnitudes en términos de costo que traen consigo este tipo de trastornos. De esta forma, a comienzos de 1990 este tipo de estudios comienza a tomar mayor relevancia entre las investigaciones de diferentes equipos multidisciplinarios, llegando a resultados como el hecho de que los costos producidos por los trastornos mentales no solo afectan sustancialmente a los pacientes, si no también generan costos para las familias y comunidades en donde estas personas se desarrollan, además se comienzan a encontrar resultados que relacionan a los trastornos mentales con efectos sobre la actividad laboral, llegando a estimar que a principio de los años 90 en Estados Unidos, los costos económicos producidos por este tipo de trastornos en relación al ausentismo laboral llegaron a ser del orden de los 17 billones de dólares anuales ([Ronald c, Kessler and Richard G, 1997](#)).

Respecto ahora a la carga de los trastornos mentales, [Ronald c, Kessler and Richard G \(1997\)](#) estima que un 18,2 % de la población estadounidense trabajadora padeció uno o más eventos de prevalencia de trastornos mentales en los 'últimos treinta días', a mediados de los años noventa. Además menciona el hecho de que hay diferentes tipos de trastornos mentales y cada uno de estos tiene diferentes impactos en la productividad laboral de las personas,

llegando a estimar que los trastornos afectivos representaban un 2,1 % de la prevalencia de trastornos sobre la población, generando así un impacto de 25 días perdidos de trabajo mensualmente por cada 100 trabajadores lo que llevado a un nivel global en la fuerza laboral estadounidense generó cerca de 4 millones de días perdidos de trabajo según lo descrito por [Ronald c, Kessler and Richard G \(1997\)](#). Ahora en relación a días perdidos por presentismo, [Ronald c, Kessler and Richard G \(1997\)](#) estimó en 109 días mensualmente perdidos por cada 100 trabajadores, llegando de esta forma a un impacto anual de 20 millones de días sufridos con presentismo en el total de la fuerza laboral estadounidense. Respecto igualmente a pérdidas productivas asociadas a trastornos mentales, pero ahora específicamente centrado en el trastorno depresivo, es que [Simon et al. \(2001\)](#) indica que el nivel de deterioro general de las actividades del trabajo, del hogar y la escuela en las personas que sufren depresión es la mayor en comparación con otro tipos de enfermedades tanto mentales como no mentales y también consigna, que en relación a los días perdidos por ausentismo, las personas que sufren de trastorno depresivo tienen mayor nivel de desarrollo de este fenómeno en relación a enfermedades como diabetes, problemas de espalda, artritis, hipertensión o problemas gatrointestinales e incluso señala al respecto, que un 48 % de las personas con diagnóstico de depresión mayor, posee un deterioro en su rol ocupacional, presentando una promedio de 7,7 días con algún grado de discapacidad en el último mes. Además [Simon et al. \(2001\)](#) señala que dentro de la población laboral estadounidense, se estimó que un 44 % de las personas que señalaron trabajar padeciendo un trastorno depresivo mayor faltaron una o más veces en los últimos tres meses a sus actividades laborales, estimando incluso que la probabilidad de pérdidas laborales producto de problemas emocionales en personas con trastorno depresivo mayor llegó a la razón de 27,8 es a 1 respecto a trabajadores que no padecen el trastorno en cuestión.

Al respecto de las pérdidas de productividad asociadas a la mala salud mental, [Andreeva et al. \(2015\)](#) mencionan que la depresión como factor de pérdida está asociado más allá solo de las pérdidas por productividad que se pueden calcular en días asociados de ausentismo y presentismo, indicando que existe una relación positiva entre el hecho de padecer depresión y el aumento de la probabilidad de pérdida del trabajo, llegando a porcentajes de un 32 % de mayor probabilidad de pérdida del trabajo ante situaciones de reducción masiva de personal

en diferentes organizaciones para aquellos trabajadores con síntomas menos severos de depresión y en el caso de aquellos con depresión mayor se encontró un aumento en la probabilidad de pérdida de trabajo cercana al 93 % respecto a una persona sin síntomas del trastorno. Respecto a una mirada de distribución por sexo de este riesgo de pérdida de trabajo, [Andreeva et al. \(2015\)](#) indican que en los hombres el aumento del riesgo producto de padecer un trastorno depresivo mayor es del 36 %, cifra que llega a un aumento del 118 % si el grupo de análisis es el sexo femenino.

Otra perspectiva de pérdida de productividad es la que indican [Beck et al. \(2004\)](#), respecto al trastorno depresivo y su vinculación a la productividad laboral, estimando que la depresión se asocia con pérdidas de un 12 % en lo que respecta a la concentración laboral y 5 % en lo que respecta a la productividad, llegando a un 12,5 % de pérdida promedio sobre el rendimiento laboral cotidiano a partir del trastorno depresivo, lo que genera una pérdida de 2 días al mes promedio por este factor en un trabajador.

En relación al tema, pero ahora bajo la perspectiva de la fuerza laboral en el Reino Unido, [Cherry et al. \(2006\)](#) estima que un 12,4 % de los trabajadores poseían una clasificación de mala salud mental, señalando además, que en el caso de los diagnósticos efectuados por psiquiatras el 72 % de estos corresponden a casos de ansiedad o depresión, porcentaje que en los diagnósticos de médicos ocupacionales llega al 60 % de los casos. Además los diagnósticos por estrés, también son un alto porcentaje de los diagnósticos, sobre todo en lo que respecta a médicos ocupacionales, llegando casi al 40 % restante de diagnósticos.

También dentro de los estudios a nivel nacional con más relevancia en la academia al respecto del tema de las cargas en la productividad asociadas al sufrimiento de trastornos mentales, [Kessler et al. \(2007\)](#) estima que la prevalencia de diagnóstico de trastornos de ánimos como son el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo bipolar en la fuerza laboral estadounidense llega a un 6,4 % y 1,1 % respectivamente. Llevando esto a una estimación de lo que representa en términos de días laborales perdidos, [Kessler et al. \(2007\)](#) consigna que en lo que refiere al trastorno bipolar se encuentra una media de 65,5 días de trabajo perdidos anualmente, siendo 27,7 de estos producto de absentismo y 35,3 producto de presentismo. Ahora en lo que respecta a la depresión se establecen pérdidas de 8,7 y 18,2 días de trabajo por absentismo y presentismo respectivamente. Ahora bien al proyectar este

nivel de pérdida de días a nivel general en la fuerza laboral de Estados Unidos, [Kessler et al. \(2007\)](#) consigna que los días perdidos anualmente por trastorno bipolar son del orden de los 92,2 millones de días y en lo que respecta a la depresión estos llegan a ser 225 millones de días perdidos, alcanzando pérdidas por productividad del orden de los 14.128 y 36.600 millones de dólares respectivamente por causa del trastorno bipolar y la depresión mayor.

Por último, se encuentra el hecho de que [Chisholm et al. \(2016\)](#) estima las pérdidas anuales en productividad por el padecimiento de la depresión o la ansiedad para el 80 % del mundo en 12 billones de días anuales, con un costo cercano a los 925 billones de dólares anualmente, lo que al llevarlo al 100 % de la población mundial, llega a pérdidas por 1,15 trillones de dólares anuales respecto a estos factores.

4.2. Factores y distribución de las afecciones de trastornos mentales en la fuerza laboral

En el contexto de estudio sobre salud mental y su asociación con pérdidas de productividad laboral, importante es conocer la distribución y factores que influyen en el contexto de desarrollo de la mala salud mental en las personas, para de esta forma poder saber si es un fenómeno de segmentos dentro de la fuerza laboral o es algo transversal.

Respecto a la distribución de los trastornos mentales en personas de la fuerza laboral Estadounidense, [Ronald c, Kessler and Richard G \(1997\)](#) consigna el hecho de que las prevalencias de trastornos mentales varían mucho respecto al campo ocupacional de las personas. De esta forma por ejemplo, ciertos tipos de campos ocupacionales poseen bajas prevalencias como es el caso de los abogados con un 11,0 % de carga respecto a trastornos mentales, pero en contra parte campos ocupacionales como son los transportistas o personas contratadas para servir en hogares privados poseen altas prevalencias de desarrollo de trastornos mentales con un 29,6 y un 24,9 % respectivamente, de carga asociada a trastornos mentales. Respecto al mismo contexto [Cherry et al. \(2006\)](#) mencionan el hecho de que dentro de la fuerza laboral del Reino Unido, trastornos mentales como la depresión y la ansiedad poseen un comportamiento al alza en grupos de desarrollo ocupacional como lo son profesionales, gerentes y empleados de oficina (administrativos). Respecto ahora a

estrés post traumático, se encuentra que este tiene una mayor frecuencia de diagnóstico entre los campos ocupacionales de servicios de protección personal y operadores de maquinarias e instalaciones. De todas formas el trastorno mayormente diagnosticado para todos los campos ocupacionales, es la depresión yendo desde un 53 % de los diagnósticos de mala salud mental en personas que se desarrollan en servicios de protección social hasta un 81 % en profesionales, al hablar de diagnóstico psiquiátricos, respecto a diagnósticos de médicos ocupacionales sucede el mismo fenómeno pero ahora los porcentajes varían desde un 52 % de los diagnósticos en personas que se desarrollan como operarios de maquinaria e instalaciones hasta un 71 % de los diagnósticos efectuados a profesionales. Dentro de esta misma perspectiva [Kessler et al. \(2007\)](#) estudia factores distributivos relacionados específicamente al trastorno depresivo bipolar y al trastorno depresivo mayor dentro de la fuerza laboral estadounidense, encontrando que en el caso del trastorno depresivo bipolar no se generan mayores incidencias a partir de características sociodemográficas como son el sexo, la edad, raza o etnia o la ocupación laboral de desarrollo de las personas, pero si encuentra un factor que muestra relación entre el diagnóstico del trastorno depresivo bipolar y el nivel de educacional de las personas, es decir a mayor nivel educacional se genera un mayor índice de prevalencia de diagnóstico de trastorno depresivo bipolar. Ahora respecto al trastorno depresivo mayor [Kessler et al. \(2007\)](#) indica el hecho que para características demográficas como la raza o etnia, el nivel educacional y la ocupación laboral de desarrollo de las personas, no difiere mayormente el nivel de diagnóstico del trastorno, fenómeno que si sucede con características como el sexo, en donde el genero femenino encuentra una mayor tasa de diagnóstico en relación al genero masculino y también se encuentra una relación inversa entre la edad y el nivel de prevalencia, teniendo en el caso de las personas mayores de 60 años un nivel de prevalencia del 2,1 % y en jóvenes entre 18 y 29 años y 30 a 44 años tasas de prevalencia del 7,3 %.

En relación a las pérdidas de productividad relacionadas con los trastornos mentales, [Ronald c, Kessler and Richard G \(1997\)](#) indican el hecho de que la diferencia entre la prevalencia de trastornos mentales desarrollados en los últimos 30 días, es mucho más grande que la diferencia entre los días perdidos o cortados por los mismos trastornos respecto a los diferentes campos ocupacionales, de esta forma, se entiende que la relación

entre el tipo de trastorno mental y las cargas atribuibles a la productividad difiere por campo ocupacional de desarrollo. En este contexto [Ronald c, Kessler and Richard G \(1997\)](#) indica que las cargas de pérdidas de productividad asociadas al fenómeno del ausentismo, no difieren mayormente según el campo ocupacional de desarrollo. Situación que no se repite respecto al fenómeno del presentismo, ya que aquí las cargas asociadas a pérdidas de productividad si difieren respecto al campo ocupacional de desarrollo, teniendo por ejemplo la mayor carga atribuible campos ocupacionales profesionales como son los ingenieros, abogados y programadores, dejando fuera a los médicos que poseen una carga atribuible de pérdida laboral cercana a cero. Al respecto de los factores que precipitan el desarrollo de trastorno mentales [Cherry et al. \(2006\)](#) también indica que estos varían según el campo de desarrollo ocupacional, de esta forma ejemplifica con el hecho de que en un 25 % de los diagnósticos de mala salud mental de gerentes en el Reino Unido, el factor preponderante es un evento post traumático, pero a su vez este tipo de factor explica un 51 % de los diagnósticos de personas que se desarrollan en campos ocupaciones ligados a los servicios personales y de protección. También [Cherry et al. \(2006\)](#) menciona el factor intrínseco del trabajo ligado a la carga de este, como factor de diagnóstico, llegando a explicar un 29 % de los diagnósticos psiquiátricos del grupo de desarrollo ocupacional de profesionales, en razón a un 10 % de aquellos que se desarrollan en el rubro de las ventas.

Respecto a los factores que desarrollan una clasificación de personas con mala salud mental, se encuentra el hecho de que referente a la fuerza laboral del reino unido, [Cherry et al. \(2006\)](#) indica que un 25 % de los diagnósticos tanto de psiquiatras como de médicos ocupacionales encuentran como factor de desarrollo temas intrínsecos al puesto de trabajo. Además, [Cherry et al. \(2006\)](#) menciona también el hecho de que los factores precipitantes de desarrollo de trastornos mentales también varían según el desarrollo ocupacional de las personas, de esta forma por ejemplo los acontecimientos traumáticos explican el 25 % de los diagnósticos de profesionales, pero en paralelo este factor explica el 51 % de los diagnósticos en las personas que se desarrollan en servicios personales y de protección. Ahora estudiar la segmentación de factores de desarrollo de trastornos mentales por sexo, [Ronald c, Kessler and Richard G \(1997\)](#) encuentra el hecho de que los factores interpersonales como fuente de diagnóstico de una mala salud mental tuvieron una notoria prevalencia en

el género femenino, mientras que a su vez el factor de eventos post traumáticos fue factor con mayor prevalencia en hombres para su diagnóstico.

Otro tipo de factores de desarrollo de trastornos depresivos en el contexto del desarrollo laboral, tienen que ver con ser parte de una reducción de fuerza trabajadora dentro de una organización. Respecto a esta perspectiva, [Andreeva et al. \(2015\)](#) indica que dentro de la fuerza laboral sueca, se encontró un riesgo tres veces mayor de prevalencia de trastorno depresivo mayor en aquellas personas que habían sufrido un despido y se encontró también un riesgo de dos veces mayor de prevalencia para el mismo segmento en análisis, pero ahora referido a síntomas depresivos menos graves. Respecto al riesgo para aquellas personas que continúan trabajando en lugares donde vivieron un despido masivo, se encuentran aumentos de un 35 % en el riesgo de padecer síntomas depresivos menos graves respecto de las personas que no vivieron este tipo de eventos, y respecto al aumento del riesgo de padecer trastorno depresivo mayor no se encontraron asociaciones tan fuertes. Ahora al segmentar esta perspectiva de factores respecto al sexo de los afectados, se encuentra una notoria diferencia entre hombres y mujeres que sufren un despido, llegando a un nivel de prevalencia de riesgo casi cinco veces más alto para los hombres en comparación con las mujeres.

4.3. Programas de prevención, promoción y mejora de la salud mental

4.3.1. Contexto Laboral

En lo que respecta a intervenciones psicosociales en el lugar de trabajo como fuente de promoción, prevención y mejora de la salud mental, [Mroziak \(2011\)](#) consigna que se visualizan en este tipo de intervenciones diferentes tipos de objetivos principales que vienen dados por:

- Reducción de estrés o y tratamiento del estrés.
- Mejora y mantenimiento de la salud mental.

- Mejor ambiente laboral. Prevención de la sobre carga de trabajo, mejora de actitudes laborales y reducción de conflictos laborales.
- Mejora de eficacia en el trabajo.
- Reducción del ausentismo, de las bajas por enfermedad y las tasas de rotación.

Mroziak (2011) menciona el hecho de que entre los objetivos que buscan las intervenciones se puede apreciar como 3 de ellos están asociados a una mejor salud mental directamente, en cambio hay 2 objetivos que buscan las intervenciones que tienen más que ver con una consecuencia de desarrollar una buena promoción y prevención de la salud mental.

Además de diferentes tipos de objetivos, se tienen también diferentes tipos de intervenciones, entre las cuales Mroziak (2011) menciona:

- Capacitación sobre habilidades de conocimiento sobre el estrés y su tratamiento.
- Conocimiento y habilidades para el mejoramiento del rendimiento ocupacional.
- Mejoras en las condiciones laborales, modificación de características externas del lugar de trabajo como son horas de carga laborales y horario de estas, organización del trabajo, estrategias de relaciones empleado – empleador.
- Relajación fisiológica como mejora en el funcionamiento ocupacional y herramienta frente al estrés.
- Ejercicio físico.
- Intervenciones multicomponentes, es decir varios tipos de intervenciones desarrollados bajo un programa.

En lo que respecta al método de ejecución de los diferentes tipos de programas de intervención, Mroziak (2011) consigna que estos difieren, pero que en promedio este tipo de programas no supera las 16 semanas de intervención y se desarrolla bajo el funcionamiento de una sesión por semana.

En relación a la eficacia de los programas, [Mroziak \(2011\)](#) menciona que aquellos estudios con objetivo de reducir los niveles de estrés y el ausentismo, fueron los programas con más altos niveles de factor de eficacia (0,7) y en lo que respecta a la eficacia de los programas respecto a mejoras de satisfacción laboral y mejora de la salud mental encontraron un factor más bajo de eficacia llegando a un nivel de factor en ambos casos de un poco menos de 0,5.

En lo que respecta a iniciativas ligadas a la mejora de la salud mental directamente, se revisa superficialmente un tipo de iniciativa eficaz para cada objetivo mencionado anteriormente, a partir de lo que [Mroziak \(2011\)](#) menciona:

Mejora de salud mental: Se menciona un programa eficaz, en el cual los participantes reciben una intervención multimodal respectiva a gestión de estrés, talleres educativos y asesoramiento en cambios de comportamiento auto dirigidos, además de técnicas de manejo del estrés como son la relajación y la meditación. El tipo de sesión fue desarrollada en grupo en donde se desarrollaron discusiones de temáticas, revisión de tipos de comportamiento y conversación y retroalimentación en grupo. Además se desarrollaron ejercicios de relajación, revisión de presentaciones educativas, discusiones y preguntas y fijaciones de objetivos y comportamientos. Cabe señalar que entre muchas variables de impacto que el estudio midió se encontraron efectos positivos a partir de la intervención en lo que respecta a factores de riesgo de salud, salud auto eficaz, la curiosidad, la depresión, la falta de apoyo social, ambiente positivo, intención de hacer cambios, acceso a la atención de la salud y el comportamiento respecto al tema de la salud.

Aumento de satisfacción laboral: Se menciona un programa eficaz, que se basó en la ampliación de la conciencia sobre los participantes respecto a desarrollar comunicación espontánea. En segundo lugar, los participantes fueron instruidos en cómo hacer y pensar la comunicación y los efectos que esta trae sobre los juicios y comportamientos de uno. Por último se desarrolló con los participantes un trabajo de empatía mental, al pensar en escenarios de problemática con compañeros de trabajo, buscando factores de conflicto y sus consecuencias. El impacto de las intervenciones fue positivo para todas las medidas de impacto, como fueron la expectativa, la responsabilidad, la intencionalidad, la ira, la simpatía, la disposición a cooperar, el dialogo entre compañeros, además de la comunicación

entre trabajadores y supervisores. Cabe señalar incluso que la medida más positiva, fue el cambio en la motivación social de los trabajadores encontrando un aumento en la actitud pro social y una disminución en contra parte de la actitud antisocial.

Reducción del estrés: Se menciona un programa eficaz, en el que se buscó cambiar ciertas actitudes de los trabajadores, para de esta forma lograr que generaran iniciativas que promuevan su salud y entendieran la relación de responsabilidad entre sus competencias personales y el desarrollo de la organización. La implementación se llevó a cabo a dos grupos experimentales y en estos se midieron después de la intervención del programa las siguientes variables de impacto síntomas de estrés, apoyo social, satisfacción en el trabajo, oportunidades para el desarrollo personal y la vitalidad. En el primero grupo experimental, se tuvo un mejora significativa en todas las variables menos en apoyo social y en el segundo solo se alcanzó éxito en las variables de síntomas de estrés y vitalidad.

A partir del análisis de diferentes experiencias de desarrollo de programas de intervención, [Mroziak \(2011\)](#) sugiere que la estructura de la organización del lugar de trabajo puede facilitar o dificultar significativamente las modificaciones propuestas como en el claro ejemplo del programa de reducción del estrés para un tipo de grupo. Además también menciona, tener en cuenta la variabilidad de enfoques y métodos que se pueden desarrollar en un determinado programa de intervención.

Otro tipo de programas respecto a trastornos mentales, son los tratamientos controlados de la depresión, al respecto [Simon et al. \(2001\)](#) indica el hecho de que el tratamiento de la depresión con farmacoterapia antidepresiva o la psicoterapia interpersonal supera ampliamente en la mejora de condiciones de los pacientes, respecto a tratamientos en el sector primario o por medio de programas de salud mental más precarios en relación a la depresión.

Respecto a este mismo contexto de búsqueda de mejoras en relación a las cargas de trastornos y la productividad, [Simon et al. \(2001\)](#) consigna la evidencia de que ante una variación en el grado de trastorno depresivo de una persona, también varía su nivel de deterioro del trabajo. De esta forma [Simon et al. \(2001\)](#) menciona el hecho de que personas que durante un año no presentaron mejoras respecto a su trastorno, tampoco presentaron grandes variaciones en su nivel de pérdida laboral. Ahora bien, aquellas personas que si

presentaron disminución respecto al cuadro depresivo, registraron un promedio de 36 % menos de días con pérdidas de trabajo, lo que genera una disminución de 79 a 51 días. También [Simon et al. \(2001\)](#) evidencia el hecho de que aquellas personas que superaron los síntomas de depresión moderada, registraron un promedio de 72 % de reducción de días con deterioro laboral, pasando de 62 a 18 días anuales con pérdidas laborales.

Al tener en cuenta este tipo de programas de intervención en donde a partir de distintos métodos y enfoques se busca lograr poder mejorar en cierto nivel, distintos factores relacionados con la salud mental desde una perspectiva laboral, cabe preguntarse qué tan viable económicamente puede llegar a ser desarrollar una inversión respecto a esta área. En relación a esto [Chisholm et al. \(2016\)](#) indica que el retorno de inversión en trastornos como la depresión y la ansiedad llega a ser relacionados respecto solo a beneficios económicos con un ratio de 1 es a 2 – 3,3 veces y si se considera además los beneficios por años vividos sin discapacidad, el ratio llega a ser de 1 es 3,3 – 5,7 veces. Esta tasa de retorno es verdaderamente alta respecto a fenómenos de salud, para contrastar como ejemplo se puede mencionar el ratio relacionado a la inversión en malaria que viene dado por entre 28 y 40 es a 1. Es decir por un dólar invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión o la ansiedad este se asocia a una retribución total promedio de 4 dólares. Respecto a la malaria, por una inversión promedio de 34 dólares esta se asocia a una retribución de 1 dólar.

4.3.2. Contexto Escolar

[Weare y Nind \(2011\)](#) indican que dentro del contexto del programa DataPrev de la unión europea, se encontraron diferentes tipos de efectos para diferentes tipos de intervenciones. De esta forma por ejemplo programas que buscaban prevenir la violencia, la intimidación y la ira, tienen un efecto menor cuando son dirigidas a poblaciones universales, pero tienen un gran efecto cuando se desarrolla en niños de alto riesgo o vulnerabilidad. Intervenciones sobre salud mental positiva y aprendizaje de bienestar emocional y social tuvieron efectos de tamaños bajos y moderados. [Weare y Nind \(2011\)](#) indican que entre las intervenciones efectivas estas incluyen factores como habilidades pedagógicas, enfoques de desarrollo a la salud mental positiva, un balance entre enfoques generales y específicos, períodos de intervención largos en el tiempo, además de contar con un enfoque de tipo general

en el colegio al respecto de la intervención, es decir que la intervención no sea algo puntual dentro del contexto de desarrollo cotidiano, sino más bien que todo el colegio sea parte de la intervención en las clases, en la formación de los profesores al respecto del tema, comunicación con los padres, participación de toda la comunidad y trabajo con organizaciones externas a la misma.

Respecto a los programas de prevención de la ansiedad [Stallard \(2010\)](#) encuentra que las 'técnicas' asociadas a aprendizajes de aspectos emocionales y sociales, tienen un impacto positivo pequeño en el bienestar emocional de los niños, pero no en términos de reducción de los síntomas de la ansiedad. Sin embargo en lo que respecta a programas de terapia de conducta cognitiva si se encontró una reducción de estos. Ahora en relación a la depresión [Stice et al. \(2009\)](#) y a partir del análisis de 47 evaluaciones para 32 programas relacionados al tema, encontró el hecho de que a este tipo de intervenciones se les asocia una reducción pequeña pero significativa respecto a los síntomas depresivos y también en el riesgo de desarrollar trastornos depresivos en el futuro. También [Stice et al. \(2009\)](#) analizó el tamaño de los efectos de determinadas intervenciones, por ejemplo el aumento de habilidades de resolución de problemas, la asignación de puestos de forma al azar o las entrevistas estructuradas, no trajo consigo mayores efectos. En cambio intervenciones dirigidas a participantes de alto riesgo en donde estos desarrollan trabajos fuera del horario laboral y que eran entregados a profesionales del área, tuvieron un mayor efecto en la disminución de los síntomas depresivos.

También [Huppert y Johnson \(2010\)](#) examinó un programa a dos colegios en el Reino Unido, en donde se enseñó y práctico el estilo de meditación Mindfullnes . Respecto a estos se encontró una gran mejora en las medidas de atención y de bienestar psicológico, como también la reducción de los síntomas de depresión entre los adolescentes.

Respecto al trastorno depresivo mayor, [Jané-Ilopis \(2004\)](#) encontró el hecho de que al realizar una investigación de prevención respecto a este trastorno mental en un grupo de secundaria con alto riesgo de trastorno depresivo. Se encontró el hecho de que al evaluar a los jóvenes de nuevo a los 12 meses, aquellos que habían sido parte del tratamiento preventivo a partir de intervenciones cognitivas grupales, poseían una tasa total de incidencia del 14,5 % , mientras los jóvenes que no fueron parte de este tratamiento preventivo tuvieron

una tasa de incidencia del 25,7 %.

4.3.3. Contexto Adulto mayor

[Forsman et al. \(2011\)](#) revisó ampliamente la evidencia sobre intervenciones psicosociales para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en personas mayores de 65 años, de esta forma encontró el hecho de que tuvieron efectos positivos pequeños pero estadísticamente muy grandes en lo que respecta a la calidad de vida y la salud mental. Por su parte las intervenciones combinadas (ejercicio físico, entrenamiento de habilidades, apoyo grupal, reminiscencias y actividades sociales entre otras) mostraron una disminución significativa en lo que a síntomas depresivos respecta. Además se evidenció el hecho de que las actividades sociales por si solas trajo consigo mejoras significativas en lo que a salud mental, satisfacción y calidad de vida y disminución de síntomas depresivos respecta. Por último [Forsman et al. \(2011\)](#) encontró que las intervenciones de un periodo mayor que los tres meses tuvieron mejores resultados que aquellas de ciclo más corto.

4.3.4. Contexto Pre natal

Al respecto del contexto prenatal [Jané-Ilopis \(2004\)](#) menciona el caso de análisis de un programa pre-natal para solteras embarazadas de bajo nivel socio-económico. En este programa enfermeras acreditadas visitaron a las madres, durante los 24 meses de esta intervención, enseñándoles prácticas para mejorar la salud y vida de sus hijos a la vez que les ayudaron a incorporarse a la vida laboral o a encontrar mejores trabajos. El impacto de esta intervención, evaluado con varios diseños experimentales, produjo una reducción del 38 % en visitas de emergencia al hospital, una reducción del 75 % en partos prematuros, una reducción del 25 % en tasas de tabaquismo y un aumento del 83 % en tasas de empleo. Los bebés se beneficiaron de un incremento medio de peso al nacer de 400 gramos, un mayor coeficiente intelectual a los 4 años, y se comprobó que a los 15 años bajaron en un 56 % los arrestos, abuso de alcohol y drogas y se redujeron las condenas por delincuencia hasta un 81 %. Cabe resaltar que todos los factores antes mencionados son factores de riesgo para

las salud mental de las personas, por lo tanto por eso se evalúa como un programa preventivo al respecto en la materia.



5 | PROPUESTAS

5.1. Análisis del desarrollo de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en Chile

A partir de las orientaciones de la OMS y la forma de desarrollo de los sistemas de salud mental en los países líderes en la materia, es que se entiende que la salud mental debe ser abordada desde una perspectiva integral, es decir que posea los enfoques de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. A partir del diagnóstico de la salud mental en Chile presentado en esta investigación, es que se visualiza el hecho de que la temática ha sido tratada con un fuerte enfoque respecto a tratamiento y rehabilitación, y no así en promoción y prevención. Con el fin de establecer en forma precisa el estado de desarrollo de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en el país, es que a continuación se presenta un análisis a diferentes programas en donde esta temática podría e incluso debería ser vinculada.

5.1.1. Respecto al programa de promoción de la salud en Chile

En Chile las acciones respecto a la promoción de la salud se rigen por el Programa de Promoción de la Salud cuyo propósito es 'Contribuir al desarrollo de políticas públicas de nivel nacional, regional y comunal que construyan oportunidades para que las personas, familias y comunidades accedan a entornos saludables', además se identifican tres entornos prioritarios para el desarrollo de la promoción de la salud, estos son el comunal, educacional

y laboral ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2014](#)). Además este programa de promoción de la salud forma parte de de la estrategia nacional de salud, que entre sus principales objetivos al respecto propone reducir los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, conducta sexual y consumo de drogas ilícitas.

El programa cuenta con estrategias generales y específicas para lograr sus objetivos, entre las estrategias específicas se encuentran ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2014](#)):

- Establecimientos educacionales promotores de la salud.
- Instituciones de educación superior promotoras de la salud.
- Lugares de trabajo promotores de la salud.
- Municipios, comunas y comunidades saludables.

Municipios, comunas y comunidades saludables (MCS)

Esta estrategia 'apunta a fortalecer la ejecución de las actividades de promoción y protección de la salud en el ámbito local, colocando la promoción de la salud como la más alta prioridad de la agenda política; involucrando a las autoridades del gobierno y a la comunidad, fomentando el diálogo y compartiendo conocimientos y experiencias; así como estimulando la colaboración entre los municipios, ciudades y comunidades' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2014](#)).

Para llevar a cabo la estrategia de MCS, el ministerio de salud financia los Planes Comunales de Promoción de la Salud (PCPS), que buscan construir escenarios comunitarios o locales donde existan oportunidades para el desarrollo individual y colectivo. El objetivo general de estos PCPS, es 'Instalar condiciones estructurales estables en el tiempo que sustenten el cambio de estilos de vida a través del desarrollo de entornos saludables para la población'.

Dentro de los PCPS, se consideran tres entornos saludables o promotores de la salud, que son el comunal, educacional y laboral. Además de esto, poseen componentes temáticos de acción. Dentro de los primarios y bajo la justificación de que son 'las áreas de prioridad

de la salud pública del país' se encuentran la alimentación saludable, la actividad física y la vida libre de humo. Además se mencionan 'otros componentes temáticos opcionales', que son la salud mental, salud sexual y reproductiva y la salud ambiental ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2014](#)).

Los PCPS poseen también 'enfoques transversales', que son 'puntos de vista en que un tema puede ser observado o abordado', de esta manera las 'Orientaciones para planes comunales de promoción de la salud' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2014](#)) sugiere considerar los siguientes enfoques:

- Factores protectores psicosociales
- Curso de vida
- Atención Primaria
- Interculturalidad
- Género
- Participación ciudadana

Respecto al enfoque de 'Factores protectores psicosociales' este se basa en considerar acciones de promoción de salud mental a aquellas que promuevan los factores protectores y/o disminuyan los factores de riesgo psicosocial'. Entre los principales factores de riesgo que se mencionan se encuentran acceso a drogas y alcohol, falta de educación, transporte y vivienda, rechazo por parte de los grupos pares, pobreza, injusticia social, violencia y delincuencia, estrés laboral y desempleo entre otros. Entre los principales factores protectores se encuentran el empoderamiento, integración de las minorías, participación social y asociatividad, servicios sociales; satisfacción de las necesidades básicas y apoyo social y red comunitaria entre otros. En este contexto se indica que para efectos de las orientaciones del plan, se consideran acciones de promoción de salud mental aquellas que promuevan los factores protectores y/o disminuyan los factores de riesgos que se indicaron anteriormente. De todas formas dentro de las orientaciones presentadas se indica que a partir de un trabajo conjunto entre el Departamento de Salud Mental y el Departamento de Promoción de

Salud se estableció que las acciones que se desarrollen dentro del plan tendrán un mayor énfasis en aumentar la 'asociatividad y la participación social' como también a 'fomentar las interacciones interpersonales positivas' esto como un componente transversal dentro de las áreas prioritarias de vida libre de humo de tabaco, alimentación saludable y actividad física. Lo antes descrito como la forma de asociarse al enfoque de 'factores protectores psicosociales'.

Establecimientos educacionales promotores de la salud (EEPS)

La [Subsecretaría de redes asistenciales - División atención primaria \(2017\)](#) indica que la estrategia EPPS se centra en un modelo de trabajo en promoción de salud, que se basa en la intersectorialidad y la participación. A su vez el [Ministerio de Salud Gobierno de Chile \(2014\)](#) indica que la estrategia tiene como objetivo 'diseñar e implementar planes y programas de promoción de salud al interior de los establecimientos educacionales, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la comunidad educativa.

Al analizar ahora las orientaciones técnicas de la estrategia ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2013a](#)) y su vinculación con los diferentes ejes de salud que involucra entre sus acciones, se encuentra el hecho de que esta se centra específicamente en entorno saludable y seguro, alimentación saludable, actividad física, factores protectores psicosociales, prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, salud sexual, salud bucal y lactancia materna. Este programa entonces presenta explícitamente la promoción de la salud mental, relacionada con los factores protectores psicosociales. Al respecto, en la guía de orientación se reconoce a estos factores protectores dentro de las experiencias y vivencias cotidianas, que permitan adquirir las habilidades necesarias para enfrentar efectivamente las exigencias y restos de la vida diaria, además de esto se define a las iniciativas de salud mental como aquellas que buscan consolidar el bienestar social, emocional y espiritual de los niños y niñas.

Al analizar ahora la guía de evaluación sobre el desarrollo del eje de factores protectores psicosociales, se encuentran el hecho de que esta se basa en seis requisitos y que se enfocan principalmente en acciones respecto a la convivencia escolar, emociones en alumnos y padres, como también integración. Además de esto no se cuenta con una guía de acciones concretas, por lo tanto los puntos a evaluar quedan muy abiertos a juicio del evaluador de

que es una actividad o no que concuerda con las necesidades. Por último, se menciona el hecho de que los EEPS que quieran acreditarse, deben mostrar acciones de promoción continua en tan solo tres de los ejes antes mencionados.

Cabe resaltar que respecto de los EEPS, [Salinas y Vio \(2011\)](#) indica que si bien se observan algunos avances respecto al desarrollo de esta iniciativa, este sería principalmente vinculado al consumo de tabaco y como fruto de una sinergia entre regulación e intervenciones en las comunidades educativas. Respecto ahora al panorama general, este mismo lo encuentra 'desalentador'. Además menciona que frente a la gravedad de los problemas de salud mental y convivencia escolar, se carece de una respuesta organizada que permita cubrir las necesidades de las diferentes regiones del país.

Por último se menciona el hecho de que en el 'Segundo informe del sistema de salud mental en Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)) se menciona al respecto de la PSM y la PTM en las escuelas del país, que en el 13,7 % de las escuelas primarias y secundarias se tiene a lo menos un trabajador de la salud mental a tiempo parcial o completo. Además también se identifica al programa 'Habilidades para la vida de la junta nacional de auxilio escolar y becas (JUNAEB)', como el programa más importante en lo que respecta a PSM y PTM en las escuelas, esta iniciativa está centrada mayormente en la enseñanza básica e impacta a un 18 % de las escuelas municipales y a un 3,3 % de las particulares subvencionadas. También en la evaluación identifica 2 programas más desarrollados por el Servicio Nacional para la Prevención y la Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), estos programas son 'Chile previene en la escuela' y 'Certificación de escuelas' que alcanzan a un total de 11,1 % y 8,9 % de los estudiantes de escuelas primarias y secundarias, respectivamente.

Instituciones de educación superior promotoras de la salud (IESPS)

Respecto a esta estrategia el [Ministerio de Salud Gobierno de Chile \(2014\)](#) indica que su objetivo es incentivar y otorgar directrices técnicas para que las instituciones de educación superior sean espacios favorables a la salud y a la calidad de vida.

Para analizar la posible relación entre esta estrategia y la salud mental, se analiza la [Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile \(2006\)](#) 'Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior' ([Universidad de](#)

Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile, 2006), en esta guía se establecen los ejes estratégicos a abordar por las IESPS, entre las cuales están aspectos psicosociales, aspectos ambientales, alimentación, actividad física y prevención del consumo de alcohol, drogas y tabaco. Al analizar ahora la sección de aspectos psicosociales esta se presenta con bastante contenido respecto a estrés, relaciones interpersonales y sexualidad. Cabe resaltar que ahora al buscar casos de iniciativas desarrolladas respecto a la temática de salud mental, no se encuentran mayores ejemplos como si sucede para el desarrollo respecto a espacios libres de humo, actividad física y alimentación. Incluso dentro de los ejes estratégicos antes mencionados, es el único eje en la guía que no contiene acciones concretas de desarrollo.

Lugares de trabajo promotores de la salud

El [Ministerio de Salud Gobierno de Chile \(2014\)](#) indica que el objetivo de esta estrategia es incentivar la incorporación de lugares de trabajo a un proceso voluntario de diagnóstico de sus entornos laborales, con la posibilidad de desarrollar programas de mejoramiento, con asesoría técnica permanente, para alcanzar una mejor calidad de vida de los trabajadores. Además menciona que la estrategia se diseña dando mayor importancia a aquellas dimensiones en las que se ven más afectados los/las trabajadores/as. Esta estrategia se desarrolla desde el año 2006 y en el año 2007 comienza a desarrollarse un proceso de acreditación de 'Lugares de trabajo promotores de Salud' dirigidos solo a grandes empresas y servicios públicos. Hoy en día la estrategia se guía por las siguientes premisas ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2014](#)):

- Proceso voluntario.
- Dirigido a lugares de trabajo de diferentes tamaño (grandes, medianas y pequeñas) e instituciones públicas. Se centra en el lugar físico (sucursal, faena, etc.) donde concurren los trabajadores y trabajadoras y no se entrega el reconocimiento o sello a la cadena o empresa a la cual pertenece la sucursal.
- Seis matrices temáticas de las áreas relevantes de promoción de la salud. Estas son la alimentación, alcohol, Tabaco y otras Drogas, actividad física, factores protectores psicosociales, salud Ambiental y calidad de vida y medios de transporte
- Proceso secuencial de auto diagnóstico y validación externa.

- Calificación por presencia o ausencia del requisito a validar en cada matriz temática.
- Exigencia de medios de verificación tangibles.
- Conducente a un Plan de Mejoras que puede desarrollarse en las áreas de salud ambiental, actividad física, factores protectores psicosociales, transporte, alcohol, tabaco y drogas y alimentación saludable.

Las empresas que ingresan en la estrategia y desarrollan un plan de trabajo vinculado al sistema de reconocimiento, obtienen un sello de 'Lugar de trabajo promotor de la salud'.

Cabe resaltar que dentro del desarrollo de acciones concretas en el marco de esta estrategia se encuentran principalmente el desarrollo de los ejes de 'actividad física' con actividades como pausas activas o campeonatos de algunas disciplinas, vida libre de humo de tabaco que hace referencia principalmente a dar a conocer la negatividad del consumo de cigarro y ser cumplidores de la ley vigente respecto a espacios libres de humo, y por último se encuentra la alimentación saludable que principalmente tiene que ver con la promoción de esta, la no venta de alimentos no saludables (máquinas vendedoras) y por último el desarrollo de espacios cómodos para la alimentación.

5.1.2. Respeto al plan nacional de salud mental del año 2001

Además de lo antes descrito respecto a la PSM y PTM en Chile, se encuentran también el desarrollo de otro tipo de programas. En este contexto es que si bien el Plan nacional de salud mental y psiquiatría del año 2001 ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2001](#)), declara como una prioridad programática a la temática de 'promoción y prevención en salud mental', esta no ha tenido mayor desarrollo en términos de acciones concretas en el tiempo. Al respecto [Minoletti y Zaccaria \(2005\)](#) mencionan el hecho de que luego de diez años de la publicación del plan, hay avances en materia de salud mental en el país, pero estos no tienen relación con el desarrollo del objetivo y área de acción de PSM y PTM, sino que tienen que ver con programas para trastornos mentales prioritarios, como lo son el Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión, que está centrada solo en los diagnosticados con cuadros depresivos y no desarrolla acciones de

promoción ni prevención. Otro de los programas identificados fue para el tratamiento de la esquizofrenia, también el Programa para el tratamiento y la rehabilitación de personas con dependencia del alcohol y de drogas y por último el Programa de reparación integral de salud y derechos humanos, el cual está orientado a la atención sanitaria integral física y mental, solo de las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo de la dictadura militar como de sus familiares, ya sea de forma individual, familiar o sociocomunitaria. En ninguno de estos programas se abordan temáticas de PST ni de PTM.

Además de lo antes descrito, al analizar el 'Segundo informe del sistema de salud mental en Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)) se encuentra el hecho de que respecto a la evaluación de aspectos ligados a PSM y PTM es muy poca la información de desarrollo en el país, y por ejemplo respecto a campañas de sensibilización y educación sobre salud mental para el año de evaluación (2012) se menciona que la principal campaña fue la celebración del 'Día mundial de la salud mental'. Además de lo antes planteado se mencionan también 'promoción y prevención en salud mental en las escuelas' que fueron comentadas en el punto anterior.

5.1.3. Respecto a programas vigentes del departamento de salud mental del Ministerio de Salud

Al analizar la base de programas subidos por el departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Mental. Se encuentra el hecho de que hoy en día en dicho portal de información al respecto de la materia se encuentran vigentes los siguientes programas o guías:

'Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo del alcohol y otras drogas en adolescentes' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015b](#)). Al analizar el documento de las orientaciones, se encuentra el hecho de que en el se definen objetivos tanto de prevención como de tratamiento respecto al consumo de alcohol y otras drogas, además de esto el manual entrega tanto definiciones, como estrategias y acciones para el desarrollo de intervenciones y por último

también entrega un modelo de intervención motivacional dirigido a los 'profesionales, técnicos, agentes sociales o monitores capacitados, desde cuyo rol sea posible contribuir o ejecutar acciones para la detección y motivación al cambio sobre el consumo de drogas en adolescentes' con cada uno de los pasos a seguir y recomendaciones al respecto.

También se encuentra el 'Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2010](#)), manual que se desarrolló en ayuda con La Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA). Al analizar este manual se encuentra el hecho de que este es focalizado respecto a la prevención, el cuidado y la promoción de la Salud Mental en situaciones de emergencias y desastres, por lo tanto está totalmente ligado a PSM y PTM. Este manual está desarrollado como una herramienta ante la emergencia y desastres tanto para la población general como para el personal colaborador de los distintos sectores en primera instancia tales como personal de salud, profesores, bomberos, carabineros, ONEMI, etc. Cabe destacar el hecho de que a partir del análisis del documento este se centra bastante en términos de información respecto a la salud mental y cabe señalar que si bien se dan recomendaciones tanto para individuos como para autoridades, estas son generales. De esta forma no se encuentran acciones y estrategias concretas al respecto, si no más bien un marco general de información al respecto para la población y autoridades.

También se encuentra el 'Programa nacional de prevención del suicidio' ([Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2013](#)) que se desarrolla a partir de la realidad establecida en el diagnóstico respecto al suicidio en Chile mencionado en esta investigación. Este plan de prevención se desarrolla en base a seis componentes que se mencionan a continuación:

- Instalación de un Sistema de Estudio de Casos
- Implementación de un Plan Regional Intersectorial de Prevención del Suicidio
- Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud
- Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales
- Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis

- Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática y refuerzo del papel de los medios de comunicación en la prevención del suicidio

En relación al desarrollo e implementación de este programa el [Centro de Políticas Públicas UC \(2015\)](#) destaca el hecho de que en este se consideren diferentes dimensiones humanas involucradas, además de promover la coordinación intersectorial para el desarrollo eficiente de este, por otro lado también destaca el enfoque comunitario y de multicausalidad que posee el programa, sin embargo considera que la implementación del programa necesita un alto grado de coordinación, además de un alto nivel en la entrega de servicios de salud mental a la población, lo que genera una discrepancia a lo esperado por el programa y la situación real nacional para poder lograr esto. En el mismo contexto, pero de forma más tajante, [Villarino \(2015\)](#) indica que el programa nacional carece de un cronograma de aplicación, además de no tener una estructura jerárquica responsable de ejecutarlo y promoverlo e incluso sostiene el hecho de que no está dotado económicamente y no propone ninguna forma de ser evaluado si sirve o no sirve. En este contexto [Villarino \(2015\)](#) indica que el Ministerio de Salud no arriesga ningún pronóstico ni resultado a partir del programa, lo que genera que este no sea más que 'una declaración de intenciones que no compromete a nada'.

Para finalizar se mencionan las recomendaciones para el corto plazo en la implementación del programa, que menciona el [Centro de Políticas Públicas UC \(2015\)](#):

- Aumentar la capacidad en infraestructura de los hospitales y servicios de urgencia para recibir y tratar personas con riesgo suicida grave.
- Aumentar el número de horas profesionales de salud disponibles para la atención de los casos con riesgo suicida.
- Capacitar en detección y manejo del riesgo suicida a los profesionales de atención primaria, secundaria y de los servicios de urgencia.
- Instalación de programas de intervención en crisis, tanto en los servicios de urgencia como en los consultorios de nivel secundario.

- Capacitar al personal de los establecimientos educacionales y a los facilitadores comunitarios en detección, orientación y derivación de los casos con riesgo suicida.

Por último se encuentra la 'Estrategia Nacional de Alcohol' que según menciona [Margozzini y Sapag \(2015\)](#) es una estrategia 'con muy buena evidencia y lineamientos técnicos claros, lo que es un extraordinario logro'. Aunque de todas formas menciona también que es de carácter de corto plazo y no forma parte de una política nacional más profunda. Cabe destacar que al analizar ahora esta política que en términos generales parece ser una buena política, ya que además de un marco respecto a la temática, plantea estrategias concretas, con efectividad de diversas medidas, además de costos y beneficios económicos respecto al consumo de alcohol y también estrategias a nivel nacional como provinciales, se llega a la conclusión de que la temática del consumo de alcohol (problemático en el caso de Chile) no está ligado bajo ninguna perspectiva a ser un factor de riesgo para la salud mental, de esta forma se centraliza el consumo y la problemática en relación a lesiones como son los accidentes de tránsito y casos de violencia y en menor medida en enfermedades crónicas como son las cardiovasculares y el cancer.

5.1.4. Respecto a la salud ocupacional mental en Chile

Al entender la realidad planteada en el diagnóstico respecto a salud ocupacional mental en Chile y por sobre todo reconocer en los factores psicosociales ámbitos del trabajo que pueden afectar tanto negativa como positivamente a la organización, como el bienestar y la salud (física, psíquica o social) del trabajador, es que el Ministerio de Salud a partir de su departamento de salud ocupacional crea el 'Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2013b](#)). Este protocolo de vigilancia plantea explícitamente primero a los factores psicosociales con su oportunidad de ser factores negativos y positivos tanto para la organización como para el individuo y su bienestar, además menciona los posibles efectos por la exposición a riesgos psicosociales, tanto relacionado a la salud física, a la salud mental y los efectos sobre los resultados y la propia organización. Además de esto declara como objetivo del protocolo 'identificar la presencia y nivel de exposición a riesgos psicosociales al interior de una organización.' y

como objetivos específicos:

- Medir la existencia y magnitud de factores relacionados con riesgo psicosocial en las organizaciones de nuestro país
- Identificar ocupaciones, actividades económicas, tipos de industria, etc., con mayor grado de exposición a factores de riesgo psicosocial
- Vigilar la incidencia y tendencia de dichos factores en los trabajadores(as) de una organización
- Generar recomendaciones para disminuir la incidencia y prevalencia del estrés laboral y problemas relacionados con la salud mental de los trabajadores

Cabe resaltar que el [Ministerio de Salud Gobierno de Chile \(2013b\)](#) tiene como población objetivo de alcance a todas las empresas, organismos públicos y privados que se encuentren legal y formalmente constituidas, con independencia del rubro o sector de la producción en la cual participen, o del número de sus trabajadores.

Respecto ahora a la acción de medición del riesgo psicosocial laboral y según lo establece [Ley N° 16.744 \(2013\)](#) será el empleador quién deberá realizar la identificación y evaluación de riesgo definida en el protocolo, que confirmará o no la exposición a factores de riesgo psicosocial en los ambientes de trabajo, y determinará si la organización ingresa al programa de vigilancia de la institución administradora del seguro de la ley 16.744 a la que esté afiliado.

Además de esto el protocolo indica que la organización realizará la medición del riesgo psicosocial utilizando la versión breve del Cuestionario SUSESO/ISTAS21. Cabe resaltar que este cuestionario es desarrollado en base al cuestionario ISTAS-21, que fue mencionado en el apartado anterior como uno de los principales métodos utilizados a nivel mundial.

5.2. Análisis respecto al borrador del Plan Nacional de Salud Mental año 2016-2025

5.2.1. Antecedentes

El 'Borrador del Plan Nacional de Salud Mental 2016 - 2025' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2015a](#)) se desarrolla a partir primeramente de la situación de la salud mental y la prevalencia de ciertos trastornos mentales en la población en Chile, además de generarse transcurridos 14 años luego de la formulación del segundo plan nacional de salud mental. Al respecto de aquel plan nacional, la propuesta de plan actual se genera en base a entender que han existido avances desde la formulación del segundo plan, pero estos no han sido suficientes. Además de lo antes planteado y según palabras de la propia propuesta, dos hechos reafirman la necesidad de un nuevo plan, estos son la reforma a la salud iniciada en el año 2005 y la suscripción a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Respecto a la propuesta de plan cabe señalar que esta se desarrolla a partir de tres objetivos generales que se mencionan a continuación:

- Promover la salud mental y prevenir la aparición de los trastornos mentales en la población
- Garantizar a la población acceso a tratamiento y rehabilitación de la salud mental de calidad, a lo largo de todo el ciclo vital
- Promover el respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales

5.2.2. Líneas de acción

Para poder lograr los objetivos planteados en la propuesta de plan, el plan desarrolla siete líneas de acción, las que poseen su situación actual, objetivos y un plan de acción valga la redundancia, estas son:

- Regulación y Derechos Humanos

- Provisión de Servicios de salud Mental
- Financiamiento
- Monitoreo, evaluación y mejora continua de la calidad
- Recursos humanos y formación
- Participación
- Intersectorialidad

A continuación se analizan los diferentes avances respecto a sus objetivos y planes de acción, en base a la situación de la salud mental estudiada en esta presente investigación, tanto a partir de la realidad nacional como también a partir de la experiencia internacional.

5.2.2.1. Respecto a la línea de acción de regulación y derechos humanos

Dentro de esta línea de acción se observa la 'elaboración participativa de un proyecto de ley de salud mental'. Esta temática como fue mostrada a lo largo de esta investigación es muy importante y por eso se ve como un gran avance para la salud mental dentro del país, ya que no se cuenta con una legislación al respecto y esto provoca problemas desde el punto de vista de regulación y derechos humanos. Además entre los principales avances que se visualizan al desarrollar una ley única al respecto, se tiene el hecho de otorgar a la salud mental la magnitud del problema que es para Chile y mejorar la 'pobre situación legislativa' que se tiene hoy en día en el país según establecen [González et al. \(2014\)](#) . Además al desarrollar una ley única al respecto, se espera que se puedan dar implementación real a planes y estrategias de desarrollo, situación que no fue lo ocurrido con el 'Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2001](#)) o el plan de fortalecimiento de la atención primaria de la salud en el año 2005 según menciona [González et al. \(2014\)](#) debido a que estos no fueron apoyados desde una ley.

En términos concretos al respecto de los puntos que la propuesta de plan anuncia que debería tener esta ley de salud mental, se puede establecer que los principales avances serán el hecho de garantizar la promoción, prevención y recuperación de la salud mental

para todos los habitantes de la nación, además de garantizar la inclusión social de las personas con enfermedades mentales graves y persistentes, también se tiene el avance de proteger el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Otro avance es resguardar los derechos a aquellas personas que debido a una enfermedad mental puedan ver comprometidas su integridad, libertad y autodeterminación respecto a las acciones de salud que requieran y por último proteger los derechos de las personas afectadas por una enfermedad mental en caso de conflicto con la justicia por este motivo. Ahora respecto al monitoreo y revisión de la implementación de las propuestas de ley y de los derechos de las personas respecto a la salud mental, también se ve un avance al proponer a un organismo autónomo para esta labor ya que hoy en día no existe un organismo que desarrolle esa función.

Cabe resaltar el hecho de que los puntos antes descrito se consideran avances ya que vienen a dar regulación y orden legislativo, a una materia en la cual a partir del diagnóstico desarrollado, Chile no lo posee. Además de garantizar, resguardar y proteger diferentes derechos para los pacientes que en la actual legislación no se consideran. Además, respecto a la experiencia internacional en el desarrollo de la salud mental, el hecho de contar con una ley única es un marco fundamental de desarrollo.

Por último se observa un gran avance en el hecho de que esta ley incluiría el financiamiento para cumplir con los objetivos respecto a la materia y para esto se apunta a que el financiamiento mínimo para la salud mental sea en el corto plazo del 5 % del total del presupuesto para salud. Cabe destacar que este objetivo respecto al financiamiento, fue también parte del plan nacional de salud mental del año 2001, el cual dispuso exactamente el mismo objetivo pero con año de cumplimiento el 2010. En el año 2012 y bajo la evaluación de la OMS se midió el avance respecto a este objetivo y se encontró que dicho porcentaje alcanzaba a un 2,16 % y en la misma evaluación pero en el año 2004 este era de un 2,14 %, osea una mínima variación en el tiempo. Es entendiendo lo anterior que se considera un avance lo referido a financiamiento.

5.2.2.2. Respeto a Provisión de Servicios de salud Mental

En esta materia, se reconoce en el plan de acción 'Desarrollar una red de servicios de salud mental en cada Servicio de Salud a lo largo del país, que cuente con los dispositivos necesarios en tipo y cantidad, de acuerdo a su población y situación epidemiológica'. Lo antes descrito es un fundamental avance para la salud mental en Chile, ya que hoy en día y como se revisó en el diagnóstico respecto a los servicios de salud mental en Chile, se posee una gran brecha respecto a la entrega de estos servicios en los diferentes servicios de salud a nivel nacional, y a partir de esto se genera un acceso inequitativo en lo que refiere a la atención de salud mental a lo largo del país.

Además de esto, respecto a los criterios de esta red de servicios de salud mental, se establece claramente que la salud comunitaria es el objetivo, estableciendo así como una de las líneas de acción de esta 'desarrollar plenamente el modelo comunitario de atención mental'. Además de esto también se establece la línea de acción de 'fortalecer el trabajo comunitario e intersectorial en salud mental'.

Estas dos líneas de acción antes mencionadas también generan avances en lo que respecta a la materia de salud mental en Chile, ya que las dos son llamadas de acción de la OMS para sus estados miembros, e incluso son ejes prioritarios de desarrollo dentro de las estrategias de salud mental en los países más avanzados respecto a la materia. En concreto, respecto al desarrollo de la salud comunitaria se visualiza un avance en relación a la reestructuración total de los 4 hospitales psiquiátricos existentes, además de acercar concretamente a la salud mental a una perspectiva comunitaria con asistencia en la atención primaria. Respecto también a la salud comunitaria, se visualiza otro avance con la implementación de centros de salud mental, además de elaborar y formalizar protocolos de atención y funcionamiento de los dispositivos de la red de salud mental con base en la perspectiva comunitaria.

5.2.2.3. Financiamiento

Respecto a la línea de acción de financiamiento, se observa como acciones el 'crear un sistema de cuentas públicas de los recursos financieros de la salud mental'.

A partir del diagnóstico del financiamiento de la salud mental en nuestro país desarrollado en esta investigación, se puede establecer el hecho de que en términos funcionales, es avance la creación de este sistema de cuentas públicas, ya que hoy en día la estimación del presupuesto de salud salud mental respecto al total de la salud, no se hace bajo una base sólida e incluso se desarrolla sin saber que se considera gasto en salud mental y que no.

Además de esto en las acciones se establece explícitamente el hecho de estimar las brechas de recursos respecto al modelo de red y el tratamiento deseado en la materia, además de generar estrategias de desarrollo para mitigar y lograr hacer desaparecer estas. Esta propuesta es claramente un avance para la salud mental en Chile, debido a que como se revisó en el diagnóstico respecto a los servicios de salud mental y también en lo que respecta al tratamiento de las personas que poseen problemas de salud mental se posee una gran brecha respecto a la entrega de estos servicios en los diferentes servicios de salud a nivel nacional.

A partir de lo antes mencionado, es posible prever que los impactos de las acciones vinculadas al financiamiento, serán impactos positivos, ya que generará un orden presupuestario en torno a la salud mental, además de acortar brechas que hoy en día son muy grandes en los servicios de salud respecto a la salud mental, tanto en términos de cantidad de servicios como también de tratamientos y recursos humanos.

5.2.2.4. Monitoreo, evaluación y mejora continua de la calidad

Respecto a esta línea de acción, en el plan de propuesta se establece que el plan de acción está pendiente, por lo tanto es imposible evaluar avances respecto a la materia. De todas formas es importante señalar que a partir de la presente investigación se ha podido establecer el hecho de que el monitoreo y la evaluación, como también la mejora continua de calidad y la investigación respecto a la salud mental, son materias de acción en los sistemas de salud de las países estudiados. Al llevar a cabo acciones respecto a esta materia también se está llevando a cabo el llamado a acción por parte de la OMS, que establece en su objetivo 4 y en los llamados a la acción número 82, 83 y 84 del Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020 ([Organización mundial de la Salud, 2013](#)).

5.2.2.5. Recursos humanos y formación

Respecto a esta línea de acción dentro de la propuesta de plan, se observa el 'desarrollo de polos docentes-asistenciales de formación de recursos humanos en salud mental'. Esta iniciativa lo que busca es lograr desarrollar una alianza estratégica entre redes públicas de dispositivos de salud mental que muestran niveles superiores de desarrollo y funcionamiento, con los centros académicos que corresponda. Además también se observa la acción de 'cierre de brechas de recursos humanos para la atención de salud mental'. Acción que viene dada por estimar las brechas de RR.HH tanto en los equipos existentes, como en aquellos territorios que carecen de equipos de salud mental en cada nivel de atención, para luego establecer estrategias de mitigación de brechas articuladas en diseños territoriales locales.

Las acciones antes mencionadas se presentan como avances dentro de la situación actual de la salud mental en Chile. Ya que como se presento en el diagnóstico de los recursos humanos de la salud mental en el país, hoy en día se presentan grandes brechas respecto a diferentes temáticas. Primero se tiene una sobre dotación de algunos profesionales de la salud mental como son los psicólogos por ejemplo y se tiene una sub dotación respecto a otras profesiones como son psiquiatría, enfermería, trabajo social y terapeuta ocupacional ligados a la salud mental. Además de esto en términos de formación académica también se presentan grandes brechas en el tiempo que generan el fenómeno antes mencionado de sobre y sub dotación de profesionales. También en el contexto formativo no se tiene una transversalidad para el desarrollo de formación en salud mental, generando entonces que aunque las condiciones (en base a la investigación) hagan ver que la salud mental es un problema de gran peso a nivel nacional, las horas de formación en pregrado dedicadas a la salud mental no crezcan conforme a esto e incluso en algunas carreras estas bajen. Por último se tienen grandes brechas en términos de atención de salud mental que se generan a partir de las problemáticas antes mencionadas, ya que como en muchos servicios de salud no se poseen algunos tipos de profesionales y en otros se poseen en bajas cantidades, esto genera brechas asistenciales a lo largo del territorio nacional que generan aún mayores problemas de inequidad y derechos.

Es entendiendo lo antes planteado que se analiza el desarrollo de la línea de acción como

un avance, y se puede esperar a partir de esta que las brechas en términos de formación y número de profesionales comiencen a ir a la baja, situación que nunca se ha evidenciado en los diagnósticos del sistema de salud mental de Chile. Además de generar con esto, por causa y efecto, que las brechas tanto de recursos humanos y de atención en los servicios de salud a lo largo del territorio nacional vayan a la baja.

A partir de lo antes descrito se puede establecer entonces que la aplicación de los polos docentes asistenciales son en si mismo, una estrategia dentro del cierre de brechas del sistema de salud mental en Chile.

5.2.2.6. Participación

Respecto a esta línea de acción se puede observar dentro de su plan el 'promover la creación de nuevas organizaciones y fortalecer las existentes', lo que viene a ser un gran avance respecto a la situación que hoy se tiene con las agrupaciones de usuarios y de familiares en salud mental en Chile.

Esto ya que hoy en día según indica el 'Segundo informe del sistema de salud mental de Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)), en el país hay una baja presencia de este tipo de organizaciones, además no se posee un catastro nacional ni regional de este tipo de organizaciones. También se tiene el hecho de que menos de un 15 % de este tipo de organizaciones declara haber participado de alguna forma en los planes de salud mental de los servicios de salud a lo largo del país y en las actividades de las Comisiones de Protección de las SEREMI de Salud. Por último se tiene el hecho de que respecto a la misma evaluación de la OMS para Chile pero en el año 2004, se encontró que las tasa de participación tanto para usuarios como para familiares era menor en el 2012 que en el año 2004.

Por lo tanto a partir de esta acción de promoción y fortalecimiento, se espera que las tasas de participación tanto de usuarios como de familiares en sus diferentes organizaciones, tienda a aumentar en el tiempo y a enmendar el camino que ha llevado a que la participación baje entre los años 2004 y 2012. También con esta medida se espera un aumento en este tipo de organizaciones, lo que claramente es un avance dado el bajo registro de este tipo de organizaciones. Por último también se puede esperar que con el fortalecimiento de

este tipo de organizaciones, estas tengan mayores herramientas y coordinación para ser actores dentro del desarrollo de la salud mental, como por ejemplo en las comisiones de protección de las SEREMI de Salud y también, dependiendo del grado de fortalecimiento, estas mismas organizaciones podrían pasar a ser entes de promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales dentro de sus comunidades.

5.2.2.7. Intersectorialidad

Al respecto de la línea de acción de intersectorialidad, se puede observar que como plan de acción se encuentra la 'articulación intersectorial desde el sector salud', la que trae consigo protocolos de referencia, compromisos de gestión, la incorporación de un coordinador intersectorial y la capacitación de recursos humanos en trabajo intersectorial. Además de esto se establece también 'salud mental en políticas intersectoriales' llevando así orientaciones respecto a salud mental en educación, trabajo, justicia, también en cultura, deporte y recreación y por último en vivienda.

Lo antes descrito se visualiza como un avance a la situación actual respecto a la intersectorialidad de la salud mental en Chile, ya que como menciona el 'Segundo informe del sistema de salud mental de Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)), las actividades de salud mental de sectores fuera de la salud aún tienen coberturas insuficientes, como es el caso con la promoción y prevención en escuelas, y además se ven acciones que no tienen la especificidad que requieren las personas con enfermedades y/o discapacidades mentales ni se registra el número de beneficiarios con estas condiciones, como ocurre con los programas que favorecen empleo y vivienda y el programa que entrega pensiones solidarias de invalidez. Por lo tanto respecto a la intersectorialidad se visualiza que esta es un área de total desarrollo para la salud mental en Chile.

También se concluye que a partir de las acciones mencionadas, puede haber una mayor orientación a la salud mental por parte de las políticas públicas de los sectores mencionados como son educación, trabajo, justicia, cultura, deporte y recreación y vivienda. También se espera que las políticas y programas que incluyan orientaciones respecto a salud mental, sean específicas y medibles, situación que hoy en día no se da.

5.3. Propuestas: Fortaleciendo el Plan Nacional de Salud Mental 2016-2025 y la Promoción de la salud mental y la Prevención de los trastornos mentales en Chile

5.3.1. Propuestas y recomendaciones al borrador de plan nacional de salud mental 2016 - 2025 para Chile

5.3.1.1. Recomendaciones al plan y sus líneas de acción

Al llevar a cabo el análisis del borrador del plan nacional de salud mental para los años 2016-2025 y contrastar su estructura y desarrollo con, primeramente el diagnóstico respecto a la situación de la salud mental en Chile hoy en día y segundo al nivel de desarrollo de la salud mental en el mundo, tanto por diferentes instituciones como también por modelos de desarrollo exitosos en países como Inglaterra, Canadá y España, es que se proponen ciertas propuestas de mejora tanto a la estructura del plan como un todo, como respecto a ciertas líneas de acción específicamente.

Lo primero a considerar respecto a la propuesta de plan es la base desde la cual esta se desarrolla, o en otras palabras el diagnóstico desde el cual se enfocan las acciones futuras. Los modelos de desarrollo de la salud mental de los países analizados en la presente investigación tienen todos un punto en común y es el hecho de que han sido desarrollados luego de generar estudios nacionales respecto al nivel de la salud mental, para desde ahí teniendo una 'fotografía nivel país' en la materia, desarrollar sus políticas o estrategias nacionales, teniendo así objetivos claramente ligados a los resultados de estos estudios antes descritos. En el caso de la propuesta de plan, esta basa su diagnóstico y líneas de acción principalmente respecto al instrumento de evaluación de los sistemas de salud de la OMS y más específicamente al 'Segundo informe del sistema de salud mental de Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)). Si bien esta evaluación representa un estudio de diagnóstico respecto a los servicios de salud mental en el país y a temáticas respecto a la legislación vigente e intersectorialidad por ejemplo, no es suficiente, ya que

falta complementarlo con información epidemiológica actual respecto a la salud mental en la población chilena, respecto a carga y prevalencia, además de conocer las reales brechas que existe entre los que hoy en día se tiene respecto a los servicios de salud mental en la red asistencial de los servicios de salud del país y lo que se necesita en base a este diagnóstico epidemiológico antes descrito.

Además de lo antes planteado también es importante incluir como ejes de acción a los trastornos mentales específicamente. Definiéndolos y estableciendo la situación actual de estos en la población del país y especificando también acciones para la promoción y prevención de estos, como para el tratamiento y rehabilitación, también con sistemas de evaluación e indicadores. Cabe resaltar que en la propuesta de plan nacional los trastornos mentales no son abordados específicamente, como si se hizo por ejemplo en el plan nacional del año 2001.

Ahora en lo que respecta a recomendaciones relacionadas a las líneas de acción, se recomienda en 'regulación y derechos humanos' agregar como puntos mínimos explícitos al proyecto de ley de salud mental, los nueve principios esenciales presentados por la [Organización Mundial de la Salud \(2005\)](#) para desarrollar una ley de salud mental. Estos principios son:

- Alternativa menos restrictiva, prioridad a tratamiento ambulatorio y hospitalización en casos excepcionales.
- Confidencialidad de registros médicos.
- Asegurar consentimiento válido.
- Promover ingreso y tratamiento voluntario.
- Promover tratamiento en la comunidad.
- Implementar mecanismos periódicos de revisión de cumplimiento de normativas y requerimientos de atención propuestos.
- Clarificar definiciones de competencia y capacidad.
- Definir competencias de profesionales que atienden en salud mental y su acreditación.

- Resguardar derechos y roles de familiares y cuidadores.

Además de esto y en consideración al diagnóstico establecido en esta investigación respecto a la situación de la salud mental en el ambiente laboral, los costos relacionados por pérdidas de productividad y tratamientos de trastornos mentales, como también la situación actual en el país respecto a los diagnósticos de trastornos mentales con causa laboral y las licencias médicas al respecto. Es que se recomienda también, agregar como un punto mínimo del proyecto de ley en la propuesta de plan a la 'promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el ámbito laboral' como también y a partir de la realidad encontrada al respecto, la 'atención integral y preferente en salud mental para niños, niñas y adolescentes'.

Respecto a la línea de acción de 'financiamiento', si bien se observan mejoras con respecto al diagnóstico establecido en la misma propuesta de plan, en este no se menciona nada respecto a la situación actual de lo que se está financiando con el bajo presupuesto que se entrega a salud mental, y de esta forma se pasa por alto que dentro de las líneas de financiamiento y como se revisó en el diagnóstico de esta investigación, solo se encuentren glosas de tratamientos en salud mental y no por ejemplo de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales. Es por esto que se recomienda establecer en el plan claramente las líneas de financiamiento que se quieren desarrollar en el tiempo, para además de solo saber si el porcentaje de financiamiento a la salud mental respecto al total del presupuesto de salud (indicador de financiamiento) ha aumentado o ha disminuido, también saber respecto a que orientaciones se ha ido aumentando o disminuyendo el financiamiento.

Respecto ahora a la línea de acción de 'recursos humanos', se recomienda establecer en el plan de acción el desarrollo de capacitación entorno a la salud mental a recursos humanos ligados a otros sectores de desarrollo que no sean salud (intersectorialidad), por ejemplo como pueden ser parvularias, profesores y cuerpos académicos o encargados laborales entre otros.

Para finalizar esta sección y en relación a la propuesta de plan y cada uno de sus líneas de acción y los planes para desarrollar estas, es que se recomienda un claro sistema de evaluación e indicadores para cada una de las líneas de acción, ya que sin estos no se pueden medir avances concretos en el tiempo. Esta recomendación es para todas las líneas

de acción establecidas en la propuesta de plan, ya que ninguna de estas cuenta con un sistema claro de medición, ni con indicadores definidos. Además, ya se cuenta con la experiencia del plan nacional del año 2001, el cual tampoco contaba con un sistema de indicadores claros y resultó muy complejo medir avances concretos.

5.3.1.2. Incluyendo a la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales como un eje central del plan

Al llevar a cabo el análisis del 'Borrador del Plan Nacional de Salud Mental 2016-2020' ([Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2001](#)), se estableció el hecho de que en este, la promoción de la salud mental (PSM) y la prevención de los trastornos mentales (PTM) son uno de sus tres objetivos generales. Ahora al desarrollar un análisis acabado de sus diferentes líneas de acción, se establece el hecho de que la PSM y la PTM, en verdad no son abordados por ninguna línea de acción de forma concreta. por lo tanto a partir de lo antes planteado, surge la inquietud de ¿cómo se logrará promover la salud mental y prevenir la aparición de los trastornos mentales en la población, si no existe una línea de acción para esto?

Ahora al llevar a cabo el análisis del desarrollo de la PSM y la PTM en Chile se pudo establecer que esta materia en verdad ha tenido un muy pobre avance a lo largo de los años en Chile, incluso teniendo en cuenta el hecho de que esta materia fuera una 'prioridad programática' en el plan nacional de salud mental de Chile en el año 2001.

Además de lo antes mencionado, al recoger la experiencia internacional de países que han llevado a cabo verdaderas revoluciones respecto a la salud mental, se visualiza el hecho de que ejes centrales dentro del desarrollo de sus estrategias nacionales han sido el desarrollo de la PSM y la PTM. y también en consideración de la información obtenida a partir de la revisión de la literatura, en donde las acciones de PSM y PTM están bastante validadas en relación a rentabilidades económicas, como también en consideración al tratamiento transversal de la salud mental respecto a promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, ya que recordemos que solo centrar la experiencia asistencial en el tratamiento y rehabilitación (lo que sucede en Chile) no es suficiente para alcanzar mejores niveles de salud mental. Es que se propone la inclusión de una línea de acción por si sola para la

'Promoción de la salud mental y la Prevención de los trastornos mentales en Chile' la que además de los trastornos mentales, considere también a la estigmatización, el suicidio y la adicción en la población general a drogas lícitas e ilícitas, desde una perspectiva de la salud mental y no tan solo de la salud física, relacionado esta última con accidentes de tránsito y enfermedades crónicas como son las hipertensas y el cancer.

La línea de acción debe considerar una línea base de diagnóstico clara, además de las distintas definiciones que la materia abarca, como también diferentes orientaciones respecto a las acciones y estrategias que se llevarán a cabo, estableciendo objetivos generales y específicos además para cada grupo dentro de la sociedad (infante juvenil, adulto en edad laboral, tercera edad, entre otros) y por último un sistema de evaluación y medición para el cumplimiento de objetivos respecto a la materia.

Al integrar la línea de acción antes mencionada lo que se logra es incluir explícitamente, a la 'hoja ruta' de la salud mental para los años 2016-2025 a la PSM y la PTM, como un eje claro y estructurado de acción, para que de esta forma esta sea tratada y vinculada en el desarrollo de la materia a lo largo de los años, dándole el peso que exige este tipo de línea de acción tanto respecto a la salud como un todo, como también en el desarrollo de una política como lo es un plan nacional.

5.3.2. Fortaleciendo la acción de promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en Chile

En relación a la propuesta de inclusión de la PSM y la PTM dentro del plan nacional de salud mental para los años 2016-2025, esta no garantiza en lo absoluto que esta materia tenga avances concretos respecto a la implementación en el tiempo. Lo antes descrito se sustenta en el hecho de que esta materia haya sido también una 'prioridad programática' en el plan del año 2001 y no haya tenido mayores avances a lo largo de los años.

En base a la problemática antes planteada y al recoger los modelos de avance de países líderes en la materia como son España, Inglaterra y Canadá, y al analizar sus igualdades y diferencias en el accionar en el tiempo, además de las orientaciones que estos han tenido y por último los avances concretos respecto a la materia, es que se entiende que para que

exista una verdadera evolución tanto respecto a la PSM y la PTM como a nivel general en la materia de salud mental, se debe pasar de marcos o política nacionales que son definiciones y ejes, a guías u orientaciones técnicas y prácticas para el desarrollo de esta, con públicos objetivos tanto generales como específicos. Además de generar las acciones pertinentes en relación al monitoreo y evaluación de estos últimos. Importante es reiterar que la situación antes mencionada no es solamente una problemática de la PSM y la PTM, si no es más bien la problemática general de la salud mental en Chile, la falta de implementación de acciones respecto a la materia, como la revisión y evaluación tanto del avance de los programas y planes, como de las acciones desarrolladas.

A partir de la información antes mencionada, es que se propone el desarrollo de una Comisión Nacional de Salud Mental en Chile. Lo antes planteado como una respuesta a la problemática de acción, monitoreo y evaluación, que se tiene respecto a las temáticas de PSM y PTM, como también respecto al sistema general de salud mental. Cabe señalar que en base a la experiencia internacional también y los resultados vistos a partir de la evidencia en el desarrollo de una comisión nacional de salud mental, es que [González et al. \(2014\)](#) menciona que este es uno de los métodos de mayor impacto para afrontar problemáticas como la que hoy en día se tienen en Chile respecto a la salud mental.

Se propone que la comisión tenga como principal misión la formulación, seguimiento y evaluación tanto de políticas públicas de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales en una primera instancia, para luego también desarrollar las mismas acciones, respecto al control de enfermedades como también de la rehabilitación e integración de las personas con trastornos mentales. Será también misión de la comisión generar el levantamiento de orientaciones y marcos técnicos, como también acciones concretas para el cumplimiento de las políticas y programas antes planteados.

Esta comisión será un ente coordinador respecto a la intersectorialidad ligada por sobre todo a la promoción, prevención e inclusión social respecto a la salud mental. La comisión también será el ente fomentador de las organizaciones de agrupaciones de usuarios y familiares, como también de instituciones sin fines de lucro como las ONG's o fundaciones ligadas al desarrollo de la salud mental. Por último se establece también que esta comisión fomentará la investigación científica y el desarrollo de los servicios de salud mental,

respecto al enfoque comunitario, como también de los recursos humanos del sistema.

Este modelo de propuesta se basa en el modelo de desarrollo Canadiense, el cual como se revisó en el capítulo de experiencia internacional, ha traído con sí un gran cambio respecto a cuando se creó la comisión nacional de salud mental, por sobre todo en el desarrollo de implementación concreta, que es lo que hoy afecta a Chile.

Cabe resaltar que por un tema de tramitación legislativa y también con el fin de erradicar totalmente la dispersión legislativa que hasta el día de hoy ha sido la realidad al respecto de la salud mental en Chile, es que se propone que la creación de esta comisión de salud mental sea desarrollada en la misma ley de salud mental propuesta en el plan nacional 2016-2025.

Respecto al presupuesto, se propone que en su primer año de funcionamiento este se le impute a los fondos generales de la nación con cargo al Ministerio de Salud, para después pasar a contar con un presupuesto anual fijado a partir de la ley de presupuesto. Se estima que el presupuesto para el buen funcionamiento de esta comisión nacional de salud mental debería ser cercano a los 3.000 millones de pesos anuales. Esto a partir de que la comisión será integrada por una dotación máxima de 18 personas, además de tener que arrendar un lugar para su desarrollo y por último tener que desarrollar distintos planes, programas y orientaciones técnicas que necesitaran por momentos además del trabajo de los funcionarios de la comisión, el trabajo de expertos para su desarrollo. Cabe resaltar que si bien esta suma de dinero puede parecer alta, esta corresponde en promedio a un 3,23 % del monto total destinado a la salud mental en el año 2012 y por otro lado corresponde a un 0,0058 % respecto al monto total destinado para la salud en aquel año. Además de que el presupuesto a salud mental respecto al total destinado a salud es aproximadamente un 2,16 % para el año 2012 (año de análisis base) y este se ha comprometido a aumentar a un 5 % desde el año 2000 y en la propuesta de plan para los años 2016-2025 se vuelve a reafirmar ese compromiso, por lo tanto generar una comisión nacional con un costo de 3.000 millones de pesos anuales va en la línea de aumentar el gasto en salud mental y solo generaría (tomando los datos del año base 2012), que el presupuesto de la salud mental respecto al de la salud en general pase de un 2,16 % a un 2,23 % manteniendo fijo el monto entregado a salud en el año 2012, esto en base a datos entregados por el 'Segundo informe

del sistema de salud mental de Chile' ([Facultad de Medicina Universidad de Chile, 2014](#)).

Los impactos asociados al desarrollo de esta comisión nacional se ven focalizados totalmente, en mejorar el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las distintas políticas públicas ligadas a la materia de la salud mental. Al tener estas mejoras comprometidas, se puede prever el hecho de que la situación de la salud mental en Chile mejore respecto a tasas de prevalencia tanto de trastornos mentales como de suicidio, como también hayan mejoras al propio sistema de salud mental en Chile respecto a brechas e inequidades que hoy en día existen en términos de servicios (tratamiento) y recursos humanos. Además de esto se espera que la PSM y la PTM, se desarrollen efectivamente como uno de los pilares del sistema de salud mental en Chile, a partir de la orientación técnica que la comisión puede entregar para una implementación real e intersectorial de estas actividades.

Algunos indicadores de funcionamiento de esta comisión serán por ejemplo:

- Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental
- Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales
- Porcentaje de personas que declaran consumir drogas
- Tasa de mortalidad por suicidio
- Tasa de ratios de profesionales de la salud mental por población

5.3.3. Las administradoras del Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales como agentes de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales

A partir del análisis de la PSM y la PTM en Chile y específicamente respecto a su desarrollo en los lugares de trabajo, es que llama la atención el bajo desarrollo respecto a este, siendo que el lugar de trabajo ha sido potenciado desde ya varios años como uno de los lugares primordiales para el desarrollo de PSM como también para la PTM, por parte de instituciones como la OMS y también por parte de los países más desarrollados en la

materia como también por la Unión Europea. Además en Chile nos encontramos con que de verdad la situación amerita urgencia y esto se basa en la situación estudiada de las licencias médicas por trastornos mentales, además de las cargas epidemiológicas encontradas para la población en edad de trabajo.

Al estudiar la estructura de las instituciones ligadas a la temática antes descrita, se encuentra el hecho de que las administradoras del seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, son las instituciones que hoy en día por ley deberían desarrollar acciones de PSM y PTM en los lugares de trabajo. Lo antes descrito a partir de la [Ley N° 16.744 \(2013\)](#) la cual 'Establece normas sobre los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales', en su artículo n°12 sobre condiciones de funcionamiento de las administradoras, letra c, indica 'Que realicen actividades permanentes de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales'. La problemática surge con el hecho de que estas actividades de prevención se han desarrollado con un foco en los accidentes del trabajo y aquellas enfermedades profesionales con un carácter más fisiológico, centrando su mirada en las condiciones sanitarias, ambientales básicas o en el uso de implementos de seguridad. Dejando de lado la salud mental, producto de la ambigüedad en el trato de esta y su relación con las enfermedades profesionales.

Entendiendo la problemática antes descrita es que se propone integrar a las administradoras del seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, como agentes de PSM y PTM.

En términos legales, para poder desarrollar esta iniciativa se debe crear un artículo en la ley 16.744 que modifique la ley actual. En el contexto de propuesta, es que se recomienda hacer esta modificación legislativa a partir de la misma propuesta de ley de salud mental que contiene el plan nacional y en donde anteriormente ya se propone crear a la comisión nacional de salud mental y ahora generar una modificación legislativa al artículo 12, que viene dada por agregar luego de su letra c, que dicta que las mutuales deben 'realizar actividades permanentes de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales', una nueva letra d en la que se señala la potestad de que las mutuales deben realizar también 'actividades permanentes de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales en los lugares de trabajo' y remplazar los literales relativos

correspondientes a las letras e y f del artículo.

Lo antes descrito legislativamente tiene bastante coherencia, ya que por ley las administradoras deben prevenir los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, pero tal como se evidencia en el diagnóstico de esta investigación, primero este tipo de actividades siempre han estado orientadas a:

- Prevención de la exposición laboral y prevención del daño producido por contaminantes
- Riesgos y prevención de accidentes del trabajo
- Enfermedades laborales del sistema músculo-tendinoso
- Actividad física y dieta como determinantes del riesgo cardiovascular

Y se ha dejado de lado la orientación de la salud mental, y además en el listado de enfermedades profesionales, si bien se establecen a los trastornos mentales, este es solamente el trastorno por estrés post traumático y los demás quedan al criterio de establecer que son causados directamente por el trabajo, lo que en el caso de la salud mental y los trastornos mentales genera un umbral de mucha ambigüedad.

Es por lo antes planteado que el desarrollo de esta propuesta viene a especificar la acción de PSM y la PTM en el lugar de trabajo, por parte de las mutuales.

A partir del desarrollo de la propuesta antes planteada, se espera que las prevalencias de trastornos mentales entre la población laboral disminuyan, como también se genere un aumento en la alfabetización respecto a la salud mental y disminuya el estigma respecto a los problemas de salud mental, no tan solo en la población laboral si no también en sus círculos familiares de desarrollo. A partir de esto también se espera que aumente la productividad laboral y con estos los ingresos económicos tanto de las organizaciones como de los individuos y también se disminuya el gasto fiscal relacionado ejemplo a prestaciones médicas en FONASA o ISAPRES, todo lo antes descrito debido a la menor pérdida de productividad asociada a los trastornos mentales dentro de los trabajos. Por último se espera que las licencias médicas tanto de origen laboral como de origen común asociadas a

problemas mentales disminuyan, trayendo consigo beneficios económicos directos tanto a las personas como a las mutuales.



6 | CONCLUSIONES Y LIMITACIONES

La presente investigación, que a su vez es un trabajo de título, surge a partir de la necesidad visualizada respecto a la temática de la salud mental en Chile, principalmente a partir de las altas tasas de prevalencia de trastornos mentales que se han conocido en los últimos años, como también a partir de la realidad nacional respecto al suicidio, que en consecuencia de su relación con los trastornos mentales muchas veces es utilizado como un indicador de la salud mental en los países. A partir del desarrollo de la presente investigación se puede observar primeramente que lo antes descrito en relación 'a la necesidad visualizada respecto a la temática de la salud mental en Chile' es un hecho y no una opinión, es decir el país ha llegado a niveles donde los problemas de salud mental son la principal causa de años perdidos de vida saludables, además de generar altos costos tanto directos como indirectos, a los pacientes, familias y sociedad en su totalidad.

Importante también es establecer, y a partir de la información analizada en la presente investigación, el hecho de que el desarrollo de la temática de la salud mental es algo que se ha tratado en el país, y así lo muestra el hecho de que en el año 1993 se llevara a cabo el primer plan nacional de salud mental y psiquiatría del país, para luego desarrollar un nuevo plan en el año 2001 que es el que nos rige hasta hoy en día. Cabe resaltar que estos planes y en conjunto con el trabajo de muchos profesionales de distintas áreas han traído consigo avances en la materia, pero estos avances no han sido suficientes y han sido desarrollados principalmente respecto al área de tratamiento y rehabilitación de la salud mental y no respecto a la promoción y prevención de esta, llegando de esta forma en los últimos años a presentar altas tasas de prevalencias y problemas relacionados a la salud mental en las

personas en nuestro país, aunque estos planes nacionales estén en marcha. A partir de este punto es que surge el cuestionamiento de porqué sucede este hecho, y a partir de la información recopilada en esta investigación, se concluye que es a factores vinculados con:

- Falta de inversión económica a la salud mental en Chile. Manteniendo la tasa de gasto de la salud mental respecto al total de la salud casi constante desde principios de los años 2000 hasta la fecha. Esto es una tasa cercana al 2,16 % respecto al gasto total en salud y además teniendo en consideración que fue un objetivo del plan nacional de salud mental y psiquiatría del año 2001 llegar a una tasa de 5 % para el año 2010.
- Falta de una ley única de salud mental en el país. Hoy en día en Chile, y de forma inexplicable para expertos en la materia, no se posee una legislación única sobre salud mental, provocando de esta forma que se genere una dispersión jurídica al respecto de la temática, además de la vulneración de ciertos derechos de las personas con deficiencias de salud mental. Por último, se establece el hecho de que no poseer una ley única de salud mental, genera también que la temática no se trate con la debida magnitud que requiere, minimizando de esta forma la problemática actual y dando pocas oportunidades de acción.
- Falta de un tratamiento transversal de la salud mental como temática. Esto hace referencia a que las acciones que se han desarrollado a partir de los planes nacionales y los organismos competentes, se han centrado en tratamiento y en algunos casos rehabilitación de trastornos mentales, dejando de lado la promoción y la prevención, que son pilares igualmente importantes dentro del trabajo en la materia.

El hecho de que la salud mental no se ha trabajado conforme a las necesidades de la ciudadanía en nuestro país, ha traído consigo altas tasas de prevalencia de trastornos mentales y suicidios, lo que genera grandes costos individuales que asumir, como también grandes costos sociales y económicos respecto a los servicios sanitarios, costos por desempleo y reducción de productividad (ausentismo y presentismo) y costos atribuidos a la muerte temprana entre otros. En Chile no existe un estudio que indique los costos asociados a los trastornos mentales a partir de sus diferentes factores, pero si es un hecho de que las las

licencias médicas han tenido un gran aumento en los últimos años a nivel nacional y hoy en día la principal causa de estas es por trastornos mentales y del comportamiento, que tienen una carga del 22 % respecto al total de licencias médicas tramitadas en el país. Además este tipo de licencias son las de mayor gasto para el sistema, con una carga del 27 % sobre el gasto total en tramitación de licencias, llegando de esta forma a un total de \$264.702 millones de los cuales un 66,6 % pertenece a FONASA y el 33,4 % a las ISAPRES, es decir \$176.292 y \$88.410 millones respectivamente para cada tipo de sistema. A estos gastos habría que sumar los costos asociados entonces a pérdidas de productividad por ausentismos, presentismo y rotación de personal entre otros, para aproximar entonces parte de los costos indirectos que conllevan los trastornos mentales, que como se puede apreciar son muy altos.

Respecto a las propuestas que se desarrollan en esta investigación, se concluye que estas generaran primeramente un aumento en el desarrollo de acciones concretas respecto a la temática de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, ahora bien como una de las principales conclusiones al respecto, se tienen las limitaciones de proyectar el funcionamiento de la comisión nacional de salud mental propuesta en esta investigación. Lo antes descrito al no saber como se desarrollaría profesional y técnicamente esta institución, lo antes descrito en relación a los problemas que hoy en día existen a nivel institucional en variados organismos públicos, respecto a la contratación del personal calificado para el desarrollo de las actividades, el cual muchas veces se lleva a cabo con un sentido político y partidista más que una finalidad técnica profesional.

Además de lo antes descrito, y ahora respecto a la propuesta de inclusión de las administradoras del seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, como agentes de promoción en salud mental y prevención de trastornos mentales, se tiene la limitación para proyectar también el funcionamiento real de este cambio en la ley y de las acciones que se lleven a cabo, producto primeramente de la histórica vinculación de las acciones de prevención por parte de estas instituciones respecto a:

- Prevención de la exposición laboral y prevención del daño producido por contaminantes
- Riesgos y prevención de accidentes del trabajo

- Enfermedades laborales del sistema músculo-tendinoso
- Actividad física y dieta como determinantes del riesgo cardiovascular

Y también a partir de la pugna que hoy en día existe entre estas instituciones con FONASA y las ISAPRES, respecto a las licencias médicas de origen laboral ligadas a la salud mental, en donde por parte de FONASA y las ISAPRES, se acusa a las administradoras de no generar primero acciones al respecto siendo estas las responsables de hacerlo, como también de evadir su responsabilidad respecto a este tipo de licencias médicas, en términos de costos.

La principal conclusión al ya terminar esta investigación, es el hecho de que la salud mental en Chile debe verse desde una mirada transversal, es decir a partir de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación respecto a los problemas y deficiencias en salud mental y no centrarse solamente en el tratamiento o la rehabilitación, ya que así se generará una mejora efectiva en la salud mental en el mediano y largo plazo en la población.

Para finalizar se mencionan limitaciones generales de esta investigación como son los pocos estudios nacionales al respecto de la salud mental en nuestro país y el hecho de que los estudios internacionales sean desarrollados muchas veces en marcos de ambigüedad e imprecisión, problema que tiene mucho que ver con ciertos rasgos subjetivos que componen a la salud mental y su estudio. Además de lo antes descrito, se encuentra la limitante de desarrollar este estudio desde el campo de la ingeniería y sin un enfoque multidisciplinario, que simplificaría y también entregaría nuevas herramientas a ciertas aristas de estudio.

Bibliografía

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo (2000). *Research on Work-related Stress*. [3.3.1](#)
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo (2005). *El estrés relacionado con el trabajo*. [2.2.2](#)
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo (2009). *EUROPEAN RISK OBSERVATORY REPORT*. [3.3.1](#)
- Andreeva, Elena; Hanson, Linda L Magnusson; Westerlund, Hugo; Theorell, Töres; y Brenner, M Harvey (2015). Depressive symptoms as a cause and effect of job loss in men and women : evidence in the context of organisational downsizing from the Swedish Longitudinal Occupational Survey of Health. *BMC Public Health*, (pp. 1–11). [4.1](#), [4.2](#)
- Barrera P, Alvaro (2016). La ley de salud mental en Inglaterra The mental health act in England. *54*(1), 59–66. [3.4](#)
- Bartram, Mary; Chodos, Howard; Gosling, Sarah; Hardie, Susan Lynn; Knoop, Francine; Lapiere, Louise; Lyons, Donna; y Neuwelt, Barbara (2012). *Changing Directions Changing Lives*. [3.6](#)
- Beck, Arne L; Berglund, Pat; Mckenas, David K; Pronk, Nicolaas P; Simon, Gregory E; y Kessler, Ronald C (2004). Effects of Major Depression on Moment-in-Time Work Performance. (October), 1885–1891. [4.1](#)
- Boardman, Jed y Parsonage, Michael (2009). Government policy and the National Service Framework for Mental Health : modelling and costing services in England. *15*, 230–240. [3.4](#)
- Centro de Políticas Públicas UC (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile : un tema pendiente. ([document](#)), [2.1.4](#), [2.3](#), [2.4](#), [2.5](#), [5.1.3](#)
- Cherry, Nicola M; Chen, Yiqun; y McDonald, J Corbett (2006). Reported incidence and precipitating factors of work-related stress and mental ill-health in the United Kingdom (1996 – 2001). (June), 414–421. [4.1](#), [4.2](#)
- Chisholm, Dan; Sweeny, Kim; Sheehan, Peter; Rasmussen, Bruce; Smit, Filip; Cuijpers, Pim; y Saxena, Shekhar (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety : a global. *The Lancet Psychiatry*, *3*(5), 415–424. [4.1](#), [4.3.1](#)

de previsión social, Subsecretaría (2010). Lista de enfermedades profesionales. [2.2.4](#)

Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2013). Programa nacional de prevención del suicidio. (pp. 1–72). [5.1.3](#)

Departamento de Salud Pública Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile (2008). Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible en Chile. [2.1](#)

Department of health United Kingdom (2011). No health without mental health. [3.4](#)

Department of health United Kingdom (2012). No health without mental health : implementation framework. [3.4](#)

Department of health United Kingdom (2014). Closing the Gap : Priorities for essential change in mental health. (February). [3.4](#)

Errázuriz, Paula; Valdés, Camila; Vöhringer, Paula; y Calvo, Esteban (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. (pp. 1179–1186). [2.1](#), [2.1.1](#), [2.1.1](#)

European Commission (2013). Mental health Systems in the European Union Member States , Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health Main Report. (July). [3.2](#), [3.3](#), [3.4](#), [3.5](#)

European Commission (2014a). Evaluation of policy and practice to promote mental health in the workplace in Europe. [2.2.2](#), [3.3.1](#)

European Commission (2014b). Promoting mental health in the workplace Guidance to implementing a comprehensive approach. [2.2.2](#), [3.3.1](#), [3.4](#)

Evans-lacko, Sara; Knapp, Martin; Mccrone, Paul; Thornicroft, Graham; y Mojtabai, Ramin (2013). The Mental Health Consequences of the Recession : Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries. 8(7). [2](#)

Facultad de Medicina Universidad de Chile (2014). Sistema de salud mental de Chile. (document), [2.1](#), [2.1](#), [2.1.1](#), [2.1.2](#), [2.1](#), [2.2](#), [2.1.3](#), [2.2](#), [2.3](#), [2.4](#), [2.5](#), [2.1.3](#), [5.1.1](#), [5.1.2](#), [5.2.2.6](#), [5.2.2.7](#), [5.3.1.1](#), [5.3.2](#)

Forsman, Anna K; Nordmyr, Johanna; y Wahlbeck, Kristian (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. 26, 85–107. [4.3.3](#)

González, Matías; Calderón, Jorge; Jeria, Álvaro; Repetto, Paula; Valdivia, Gonzalo; y Vivanco, Ángela (2014). Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo. [2.1.1](#), [5.2.2.1](#), [5.3.2](#)

- Grupo Salud Sustentable CETEP (2017). Expertos señalan que Licencias Médicas por Salud Mental requieren nueva regulación. [2.1.6](#)
- H, Miranda y Gonzalo, Alvarado O, Sergio, & Kaufman, Jay S (2012). Duración de las licencias médicas FONASA por trastornos mentales y del comportamiento. (pp. 207–213). [2.1.6](#)
- Hernando, Marcela (2016). Ley de salud mental para Chile. [2.1.1](#)
- Huppert, Felicia A y Johnson, Daniel M (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools ; the importance of practice for an impact on well-being . 5(4), 264–274. [4.3.2](#)
- Jané-llopis, Eva (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. (67), 67–77. [2](#), [4.3.2](#), [4.3.4](#)
- Jané-llopis, Eva y Andersons, Peter (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention A policy for Europe*. [2.3](#), [3.3](#)
- Joint, E U; On, Action; y Health, Mental (2016). European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. (January), 21–22. [3.2](#)
- Kalimo, Raija; El-Batawi, Mostafa; y Cooper, Cary (1988). Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. [2.2.1](#), [2.2.2](#)
- Kessler, Ronald C; Akiskal, Hagop S; Ames, Minnie; Birnbaum, Howard; Greenberg, Paul; Hirschfeld, Robert M A; Jin, Robert; Merikangas, Kathleen R; y Wang, Philip S (2007). NIH Public Access. 163(9), 1561–1568. [4.1](#), [4.2](#)
- Knapp, Martin; Mcdaid, David; y Parsonage, Michael (2011). Mental Health Promotion and Prevention : The Economic Case. (January). [2.3](#)
- La Tercera (2015). OEA: Chile registra el mayor consumo de marihuana entre adolescentes en América. [2.1.5](#)
- Leka, Stavroula; Griffiths, Amanda; y Cox, Tom (2004). La organización del trabajo y el estrés. [2.2.1](#), [2.2.4](#)
- Ley N° 16.744 (2013). ESTABLECE NORMAS SOBRE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES - Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [2.2.4](#), [5.1.4](#), [5.3.3](#)
- Margozzini, Paula y Sapag, Jaime (2015). El consumo riesgoso de alcohol en Chile : tareas pendientes y oportunidades para las políticas públicas El consumo riesgoso de alcohol en Chile : tareas pendientes y oportunidades para las políticas públicas. [5.1.3](#)
- Mcdaid, David; Kuhn, Karl; Litchfield, Paul; Seymour, Linda; Wynne, Richard; Anderson, Robert; Andre, Maria Helen; Breucker, Gregor; Cholat, Jean-francois; Cooper, Cary; Copsey, Sarah; Cox, Tom; Manuel, Jorge; David, Costa; Garcia, Bea Berruga; Grove, Bob; Hopkins, Richard; Jarvisalo, Jorma; y Jané, Eva (2008). *Mental Health in Workplace Settings*. [3.3.1](#)

- Mental health commission of Canada (2009). *TOWARD RECOVERY & WELL-BEING*. 3.6
- Mental health commission of Canada (2010). Evergreen : A Child and Youth Mental Health Framework for Canada A project of the Child and Youth Advisory Committee of the Mental Health Commission of Canada. (July). 3.6
- Mental health commission of Canada (2013). The Mental Health Strategy for Canada : A Youth Perspective. 3.6
- Mental health Commission of Canada (2015). *Taking the Next Step Forward*. 3.6
- Mental Health Commission of Canada (2016). Suicide Prevention Framework. 3.6
- Mental health commission of Canada (2017). Road to Mental Readiness. 3.6
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2001). Plan nacional de salud mental y psiquiatría. 2.1, 2.1.1, 2.1.1, 5.1.2, 5.2.2.1, 5.3.1.2
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2010). Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres. 5.1.3
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2013a). ORIENTACIONES TÉCNICAS ESTRATEGIA ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES PROMOTORES DE SALUD ELIGE VIVIR SANO. 5.1.1
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2013b). Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo. 2.2.4, 5.1.4
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2014). ORIENTACIONES PARA PLANES PROMOCION DE LA SALUD 2014. 5.1.1
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2015a). Borrador Plan Nacional de Salud Mental 2016-2025. 2.1.1, 5.2.1
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2015b). ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA DETECCIÓN, INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL Y REFERENCIA A TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES. 5.1.3
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2015c). Salud Mental y Promoción de Factores Protectores Psicosociales. 2
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2017a). Departamento de Salud Mental. 2.4.1
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile (2017b). Misión y Funciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2.4.1, 2.4.2
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2015). La nueva Estrategia Nacional de Salud Mental aborda la lucha contra el suicidio como una de las principales líneas estratégicas. 3.5

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del año 2006*. Technical report. [2.3](#), [3.5](#)
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 - 2013*. [3.5](#)
- Ministerio del trabajo y Previsión Social Gobierno de Chile (2017). *Acerca del Instituto de Seguridad Laboral*. [2.4.3](#)
- Minoletti, Alberto y Zaccaria, Alessandra (2005). *Plan Nacional de Salud Mental en Chile : 10 años de experiencia*. 18, 346–358. [5.1.2](#)
- Minsiterio del Trabajo y Previsión Social Gobierno de Chile (2017a). *Acerca de la Superintendencia de Seguridad Social*. [2.4.3](#)
- Minsiterio del Trabajo y Previsión Social Gobierno de Chile (2017b). *Misión y Objetivos del Instituto de Seguridad Laboral*. [2.4.3](#)
- Miranda, Marjory (2014). *Licencias laborales por salud mental suben y llegan al 48 % de permisos en la AChs*. [2.1.6](#)
- Moreno Jiménez, Bernardo y Báez León, Carmen (2010). *Factores y riesgos psicosociales , medidas y buenas prácticas*. [2.2.2](#), [2.2.3](#), [3.3.1](#)
- Mroziak, Barbara (2011). *Psychosocial interventions in workplace mental health promotion : an overview*. 26. [4.3.1](#)
- Navarro, Alejandro (2015). *Las mutuales defraudan al Fisco en \$90 mil millones al año*. [2.1.6](#)
- Observatorio Chileno de Drogas (2014). *DÉCIMO PRIMER ESTUDIO NACIONAL DE DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL*. ([document](#)), [2.1.5](#), [2.7](#), [2.8](#)
- Oficina Internacional del Trabajo (1984). *FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO : Naturaleza, incidencia y prevención*. [2.2.2](#)
- OMS (2014). *Mental health Atlas*. [3](#)
- OPS (2013). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Technical report. ([document](#)), [3.1](#), [3.1](#), [3.1.2](#), [3.2](#), [3.3](#)
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales*. [2.3](#)
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Who resource book on mental health, human rights and legislation*. [5.3.1.1](#)
- Organización Mundial de la Salud (2006). *PREVENCIÓN DEL SUICIDIO - RECURSO PARA CONSEJEROS*. [2.1.4](#)
- Organización Mundial de la Salud (2007). *¿ Qué es la Promoción de la Salud ?* [2.3](#)

- Organización Mundial de la Salud (2008). *Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. 3
- Organización mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020*. 2, 3, 5.2.2.4
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Salud Mental: Un estado de bienestar*. 2
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. 2.3
- Organización Mundial de la Salud (2017a). *Constitución OMS*. 2
- Organización Mundial de la Salud (2017b). *Trastornos Mentales*. Accedido en 23-05-2016 a {<http://goo.gl/Q3bdAW>}. 2
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. 3.1
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 1
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2011). *Factsheet Highlights from OECD 's Mental Health and Work Review*. (pp. 1–4). 2
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2014). *ECONOMIC, ENVIRONMENTAL AND SOCIAL STATISTICS*. 2.1.4
- Parra, Manuel (2001). *Salud Mental y Trabajo*. 2.2, 2.2.1
- Polanco, Fabián (2013). *MasVida recupera casi 2 mil millones de pesos por licencias que isapre pagó por accidentes laborales*. 2.1.6
- Rehbein, Consuelo (2017). *Uno de cada cinco chilenos sufre depresión*. 2.1
- Revista Ciencia y Trabajo (2006). *CAMBIOS A LA NORMATIVA : Salud Mental y Trabajo : ¿ Un Problema en Alza ?* (pp. 64–69). 2.2.4
- Ronald c, Kessler and Richard G, Frank (1997). *The impact of psychiatric disorders on work loss days*. (pp. 861–873). 4.1, 4.2
- Saavedra, Álvaro y Von Mühlenbrock, Christian (2009). *Promoción de la Salud Mental Ocupacional : Revisión y proyecciones para Chile*. 47(4), 293–302. 2.2.4
- Saldivia, Sandra; Pihan, Rolando; y Vicente, Benjamin (2016). *PREVALENCIAS Y BRECHAS HOY ; SALUD MENTAL MAÑANA*. 22(1), 51–61. 2.1
- Salinas, Judith y Vio, Fernando (2011). *EL CASO DE LA PROMOCIÓN DE SALUD ESCOLAR EN CHILE HEALTH AND NUTRITION PROGRAMS WITHOUT A STATE POLICY : THE CASE OF SCHOOL HEALTH PROMOTION IN CHILE*. 38, 100–116. 5.1.1

- Silva, Daniel; Vicente, Benjamín; Saldivia, Sandra; y Kohn, Robert (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. (pp. 1275–1282). [\(document\)](#), [2.6](#), [2.1.4](#)
- Simon, Gregory E; Barber, Catherine; Birnbaum, Howard G; Frank, Richard G; Greenberg, Paul E; Rose, Robert M; Wang, Phillip S; y Kessler, Ronald C (2001). Depression and Work Productivity : The. (pp. 2–9). [4.1](#), [4.3.1](#)
- Stallard, Paul (2010). Mental health prevention in UK classrooms : the FRIENDS anxiety prevention programme. 15(1), 23–35. [4.3.2](#)
- Stice, Eric; Shaw, Heather; Bohon, Cara; Marti, C. Nathan; y Rohde, Paul (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. [4.3.2](#)
- Subsecretaría de redes asistenciales - División atención primaria (2017). Promoción de salud. (pp. 1–8). [5.1.1](#)
- Superintendencia de Salud Gobierno de Chile (2008). Análisis de las licencias médicas curativas en isapres 2007 -2008. (Cie 10), 1–19. [2.1.6](#)
- Superintendencia de Seguridad Social Gobierno de Chile (2016). ANÁLISIS DE LICENCIAS MÉDICAS POR ENFERMEDADES MENTALES DE ORIGEN COMÚN - AÑO 2015. (pp. 0–22). [2.1.6](#)
- Tokman, Marcelo; Rodríguez, Jorge; y Larraín, Fernando (2002). SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD LABORAL 1991-2002. 93(verano 2004). [2.1.6](#)
- Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica de Chile (2006). Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior. [5.1.1](#)
- Vicente, Benjamin; Rioseco, Pedro; Saldivia, Sandra; Kohn, Robert; y Torres, Silverio (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. [2.1](#)
- Villarino, Hernán (2015). La prevención del suicidio en Chile: Estudio y análisis del Programa del MINSAL. (pp. 154–159). [5.1.3](#)
- Weare, Katherine y Nind, Melanie (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools : what does the evidence say ? 26. [4.3.2](#)
- WHO Europe (2008). *Policies and practices for mental health in Europe*. [3.2](#), [3.2.1](#), [3.3](#), [3.4](#)
- Wittchen, H U; Jacobi, F; Rehm, J; Gustavsson, A; Svensson, M; Jönsson, B; Olesen, J; Allgulander, C; Alonso, J; Faravelli, C; Fratiglioni, L; Jennum, P; Lieb, R; Maercker, A; Os, J Van; Preisig, M; y Salvador-carulla, L (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. (pp. 655–679). [3.2](#)