

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



**SUICIDIOS CONTEMPORÁNEOS:
VÍNCULOS, DESIGUALDADES Y
TRANSFORMACIONES SOCIOCULTURALES.
Ensayos sobre violencia, cultura y sentido**

Gabriel Guajardo Soto
(Editor)

Santiago de Chile, septiembre de 2017

Esta publicación debe citarse como:

Guajardo, G. (Ed.) (2017). *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Septiembre de 2017

ISBN Libro impreso: 978-956-205-262-7

Descriptorios:

1. Suicidio
2. Estadísticas
3. Violencia
4. Sentido
5. Cultura
6. Pueblos indígenas
7. Cibersuicidio
8. Misiones suicidas
9. Ciencias Sociales
10. Políticas públicas

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile

Este libro es una publicación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile. Sus contenidos no pueden ser reproducidos o traducidos totalmente o en parte, sin autorización previa de FLACSO-Chile.

Las opiniones versadas en los artículos que se presentan en este trabajo, son de responsabilidad exclusiva de sus autores(as) y no reflejan necesariamente la visión y puntos de vista de FLACSO-Chile ni de las instituciones a las cuales se encuentran vinculados(as).

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
PRESENTACIÓN Ángel Flisfisch Fernández	13
PRÓLOGO Gianna Gatti Orellana	15
INTRODUCCIÓN Gabriel Guajardo Soto	19
PARTE I	25
SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL ANÁLISIS	
CAPÍTULO 1. Caracterización del suicidio en Chile: ¿qué nos dicen nuestras estadísticas? Alberto Larraín Salas y Francisca Lobos Mosqueira	27
CAPÍTULO 2. Una aproximación lingüística del suicidio: orígenes y problemas de uso actual en la lengua española Christian Rivera Viedma	45
CAPÍTULO 3. Suicidio, violencia contra el sí mismo y la pulsión de muerte: Una aproximación crítica Marta Josefa Bello Hiriart	57

PARTE II	79
VÍNCULOS Y RELACIONES	
CAPÍTULO 4.	81
El suicidio más allá de la lógica deficitaria. Un estudio de caso Francisco Ojeda G.	
CAPÍTULO 5.	101
Suicidio: el control de la sociedad y sentido a la vida de los individuos José Lledó Muñoz	
CAPÍTULO 6.	111
Suicidio e infancia: hacia una sociedad que escuche y reconozca al otro Carolina Victoria Parra Chiang	
CAPÍTULO 7.	121
Suicidio adolescente y los vínculos relacionales Soledad Arriagada	
PARTE III	131
DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES	
CAPÍTULO 8.	133
Etiologías del suicidio pehuenche: trauma territorial y fuerzas negativas en Alto Biobío, Chile Claudio González Parra, Jeanne W. Simon y Elda Jara	
CAPÍTULO 9.	153
Papa Ismusqa y la otra vida. Estudio etnográfico sobre el suicidio femenino en el área rural de Cochabamba, Bolivia Yara Morales	
CAPÍTULO 10.	187
Cibersuicidio: un nuevo escenario del suicidio Claudia Baros Agurto	
CAPÍTULO 11.	205
Misiones suicidas: violencia y muerte en los fundamentalismos islámicos y judíos Isaac Caro	

CAPÍTULO 12.	213
Suicidio en población LGBTI, un enfoque forense en el contexto de los derechos humanos en Chile Diana Aparicio Castellanos	
PARTE IV	229
REGLAS, NORMAS Y TRANSFORMACIONES	
CAPÍTULO 13.	231
Dispositivo metodológico crítico y transformador para delimitación del tema de investigación ‘suicidio en la escuela’ Gabriel Guajardo Soto, María Isabel Toledo Jofré, José Lledó Muñoz, Carolina Victoria Parra Chiang	
CAPÍTULO 14.	263
Salud mental como derecho: Los casos de implementación de las leyes de salud mental en Estados Unidos y Chile Alberto Larraín Salas y Teresa Abusleme Lama	
AUTORES Y AUTORAS	297

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AMIA	Asociación Mutual Israelita Argentina
APS	Atención Primaria de Salud
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVD	Años de vida perdidos por discapacidad
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
COSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
DEIS	Departamento de Estadísticas de Información de la Salud
DEIS-MINSAL	Departamento de Estadísticas de Información de la Salud del Ministerio de Salud. Chile
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	Estados Unidos de América
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FONASA	Fondo Nacional de Salud de Chile
Fundéu BBVA	Fundación del Español Urgente de BBVA
GLTBI	Gays Lesbianas, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales

INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
LGTB	Lesbianas, Gays, Transgénero y Bisexuales
LGTBI	Lesbianas, Gays, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales
LGBTITI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Travestis, Transexuales e Intersexuales
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile
MDS	Ministerio de Desarrollo Social, Chile
NTLLE	Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española
PAHO	Pan American Health Organization
PDI	Policía de Investigaciones de Chile
PNPS	Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Chile
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEA	Organización de Estados Americanos
OPS	Organización Panamericana de Salud
OMC	Organización Mundial de Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
RAE	Real Academia Española
RTC	Respuesta a Trauma Colonial
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SEREMI	Secretaria Regional Ministerial
SML	Servicio Médico Legal
UN	United Nations
WHO	World Health Organization
WoS	Web of Science

CAPÍTULO 14.

SALUD MENTAL COMO DERECHO: LOS CASOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS LEYES DE SALUD MENTAL EN ESTADOS UNIDOS Y CHILE

Alberto Larraín Salas y Teresa Abusleme Lama

Antecedentes

En la actualidad las enfermedades de salud mental están aumentando. De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias, son la causa del 23% de los años perdidos por discapacidad. El Informe realizado el año 2015 sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, da cuenta que los problemas de salud mental y las discapacidades mentales constituyen el 14% de la incidencia total de enfermedades, pero pese a ello, en contraste con lo que sucede con la salud física, a la salud mental se le atribuye un nivel de prioridad inadecuadamente bajo y se le asignan recursos humanos y financieros insuficientes².

Este hecho se ve íntimamente relacionado con que las personas que viven con enfermedades mentales son víctimas de estigmatización y discriminación incluso en el sistema de salud, generando a su vez un círculo vicioso que determina que muchas veces no recurran a los servicios de salud mental, y por tanto no reciban la atención necesaria y pertinente para mejorar su calidad de vida.

Nada de esto es nuevo, las personas con enfermedades mentales han sido históricamente excluidas y marginadas, un importante número ha

¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

² Organización de las Naciones Unidas (2015): Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras Consejo de Derechos Humanos, 29° período de sesiones, Tema 3 de la agenda, Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo.

sido institucionalizada bajo políticas manicomiales. La OMS, en este sentido, sostiene que con frecuencia esta población ha sido aislada de la sociedad, siendo objeto de tratos inhumanos y degradantes, violencia física, emocional y abandono, privación del derecho a ejercer la autonomía y carencia de acceso a todas las formas de inclusión social: educación, salud, actividades políticas, trabajo, derechos sexuales y reproductivos, entre otros³. Lo mismo plantea la Convención Derechos Humanos para las personas con discapacidad, donde se declara que “las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo”. Todo esto, no obstante que la Organización de Naciones Unidas (ONU) ha declarado que, sin salud mental, no hay salud física⁴.

Dadas estas condiciones, muchas veces son las familias quienes asumen los costos de tratamiento, existiendo una importante sobrecarga en lo relativo a recursos económicos, sociales y de cuidado.

En razón con lo anterior, el Informe Mundial de Discapacidad del año 2011 realizado por la OMS y el Banco Mundial, da cuenta que la población que presenta enfermedades mentales o deficiencias intelectuales, tiene mayores dificultades para su inclusión en todos los ámbitos de la vida⁵, siendo un elemento importante las barreras sociales en el entorno. De hecho el mismo informe, sostiene que las personas con trastornos mentales graves tienen una brecha de atención de entre el 35% y el 50% en los países desarrollados y del 76% y 85% en los países en vías de desarrollo⁶.

Desde el punto de vista económico, la OMS ha planteado que por cada dólar invertido en el tratamiento de la depresión y la ansiedad, se logran mejoras de cuatro dólares en la salud y la capacidad de trabajo de las personas. Esto da clara cuenta de los beneficios, tanto sanitarios como económicos, de invertir en el tratamiento de las enfermedades mentales. Cálculos realizados dan cuenta que con 2 dólares anuales por personas en los países de bajos ingresos y 4 dólares en los de ingresos medios, es suficiente. No obstante, los presupuestos en los países son muy inferiores a lo indicado anteriormente⁷.

³ http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/es/

⁴ Op.cit.

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011): Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS, Banco Mundial. Malta.

⁶ Op.cit.

⁷ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (Revisado en diciembre de 2016).

Tanto la OMS como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han establecido que esta situación de precariedad debe ser combatida estructuralmente, con medidas que frenen y contrarresten el estigma, siendo las políticas o planes de salud mental, prioritarios, y más aún dentro de ellos la confección de una Ley de Salud Mental por cada país. Dicha generación de leyes, deben ser acordes a la Convención de Derechos para las Personas con Discapacidad, de tal forma de adaptar las normas de cada país, en miras de resguardar la dignidad, la autonomía, la solidaridad, la igualdad, con la consiguiente disminución de la privación de libertad y la reducción en las brechas de atención.

En 1996 la OMS planteó diez principios básicos para la legislación de atención en salud mental, que posibilitaron la posterior redacción de la Convención de Derechos de la Personas con Discapacidad (2006), los cuales son⁸:

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales
2. Acceso a atención básica en salud mental
3. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente
4. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental
5. Autodeterminación
6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación
7. Existencia de procedimientos de revisión
8. Mecanismo de revisión periódica automático
9. Cualificación del personal que toma decisiones
10. Respeto de los derechos y de la legalidad

A su vez, sostuvo siete cuestiones fundamentales en el contexto de la legislación de salud mental⁹:

- La legislación es complementaria con respecto a las políticas, planes y programas de salud mental, y puede servir para reforzar las metas y los objetivos de esas políticas.
- Las personas con trastornos mentales son un segmento vulnerable de la sociedad, y necesitan protecciones especiales.
- La legislación de salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales en ámbitos institucionales y en la comunidad.

⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006): Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS, Ginebra, Suiza.

⁹ Op.cit.

- La legislación de salud mental es más que legislación de “atención y tratamiento”. Proporciona un marco legal para enfrentar cuestiones cruciales de salud mental, como el acceso a tratamiento, rehabilitación y seguimiento, la plena integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad.
- Los gobiernos tienen la obligación de respetar, promover y satisfacer los derechos fundamentales de las personas con trastornos mentales, de acuerdo con lo dispuesto en los documentos internacionales y regionales de derechos humanos de carácter obligatorio.
- Las cuestiones legislativas relativas a la salud mental pueden consolidarse en un único texto legislativo, o distribuirse en distintos documentos legislativos.
- La legislación de salud mental progresista debe incorporar protecciones de los derechos humanos, tal como lo establecen los documentos internacionales y regionales de derechos humanos y los estándares técnicos. La legislación debe permitir el logro de objetivos de política de salud y de salud pública.

En el Atlas de Salud Mental de las Américas¹⁰, publicado por la OPS¹¹, se plantea que el 81% de los países de la región dispone de una política o plan independiente en materia de salud mental, de ellos el 50% ha actualizado dichos documentos en los últimos 10 años. El 52% de los países cuenta con una ley autónoma sobre salud mental. Los recursos financieros asignados a la salud mental en la región son en promedio de US\$6,96 dólares estadounidenses per cápita, variando entre US\$1 y US\$273. De estos fondos, el 75% se destina a la atención hospitalaria, llegando un 73% a hospitales psiquiátricos. El número promedio de trabajadores de salud mental es de 21 por 100.000 habitantes. El promedio de camas en los hospitales psiquiátricos es de 6,5 por 100.000 habitantes con importantes variaciones entre los territorios. Finalmente, 37% del continente está implementando como mínimo dos programas de promoción y prevención de salud mental. De ellos el 59%

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2016): Atlas Regional de Salud Mental de las Américas. Diciembre 2015. Washington, DC, OPS, 2016.

¹¹ Los países participantes de este estudio fueron 32, siendo los siguientes: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, República Dominicana, Anguila, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Suriname, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Canadá y Estados Unidos.

busca mejorar los conocimientos en el tema y/o combatir el estigma y la discriminación.

En este contexto han existido distintas aproximaciones para poder alcanzar la meta que garantiza el derecho a la salud mental y poder contrarrestar por esta vía la inequidad generada por el estigma, (poner cuadro comparativo en lo del atlas versus Chile y Estado Unidos) siendo el objetivo de esta revisión analizar lo acontecido en dos países de la región: Chile y Estados Unidos, las estrategias del primer país que logró llegar a la promulgación de la ley, y la situación actual de Chile y su devenir en búsqueda de la afanada reforma estructural.

De este modo, en la actualidad tener paridad en el acceso a la atención de salud mental, su financiamiento y calidad de ésta, se hace prioritario para las políticas públicas en salud. Es por ello, que el presente artículo busca analizar los hechos que llevaron al diseño e implementación de la ley de Paridad en Estados Unidos, y los avances que esto ha significado para el país, de tal forma de compararlo con la situación actual de Chile, identificando los elementos críticos que pudieran ayudar a la concreción de una ley nacional de salud mental.

La salud mental en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

A nivel mundial la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha señalado que una de cada dos personas a lo largo de su vida tendrá enfermedades de salud mental. Se suma a ello que el 20% de la población laboralmente activa presenta un trastorno siquiátrico, lo cual conlleva un alto impacto social y económico¹².

El año 2002 el 1% de la mortalidad, el 13% de la morbilidad y el 28% de la discapacidad estaba representado por las enfermedades mentales¹³. Para el año 2010 esto implicaba 183,9 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), lo que transformaba a estas condiciones en la primera causa de años vividos con discapacidad del mundo¹⁴.

¹² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2014): Making Mental Health, Count Focus Health, OCDE, July.

¹³ Vicente, Benjamín et al. (2006): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. American Journal Psychiatry, Agosto 2006; 163: 1362-1370.

¹⁴ Whiteford HA, et al. (2013): Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Nov 9; 382(9904): 1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6. Epub 2013 Aug 29.

La depresión es el trastorno mental más frecuente de acuerdo a lo sostenido por la OMS y la OPS. Se estima que afecta a más de 350 millones de personas de todas las edades en el mundo, muriendo un millón de personas cada año producto de los suicidios¹⁵. Le sigue el trastorno afectivo bipolar que aqueja a 60 millones de personas y luego la esquizofrenia y otras psicosis con 21 millones de personas en esta condición¹⁶.

Es de vital importancia insistir en que quienes padecen enfermedades mentales son más pobres que la población general, esto explicado en gran parte por las restricciones de los seguros de salud y el mayor gasto de bolsillo en el que incurren, presentan mayores cifras de desempleo, bajo nivel de escolaridad y altos niveles de dependencia. Se suma a ello, que esta población es más propensa a presentar otras patologías como enfermedades cardiovasculares y cánceres, lo que complejiza aún más su situación¹⁷.

A su vez, y tal como se planteó en párrafos anteriores, existen importantes brechas en el tratamiento de las patologías mentales. La OMS ha declarado que la brecha terapéutica mediana para la depresión es de un 56,3%, para la distimia de un 56%, el trastorno bipolar un 50,2%, el trastorno de pánico de un 55,9%, la ansiedad generalizada de un 57,5%, los trastornos obsesivo compulsivos un 57,3% y la esquizofrenia, incluidas otras psicosis no afectivas, un 32,2%. La brecha más importante corresponde al abuso y la dependencia del alcohol con un 78,1%¹⁸.

Pese a lo anterior, el gasto en salud mental en los países de la OCDE ha ido en aumento y representa entre el 5% y 18% del gasto total en salud¹⁹. Chile, a diferencia de esta realidad, presenta la cifra más baja, con un 2,2% del presupuesto total en salud el año 2012²⁰.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014): Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1 (Revisado en diciembre 2016).

¹⁶ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (Revisado en diciembre de 2016).

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011): Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS, Banco Mundial. Malta.

¹⁸ <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/khon1104abstract/es/> (Revisado en diciembre de 2016).

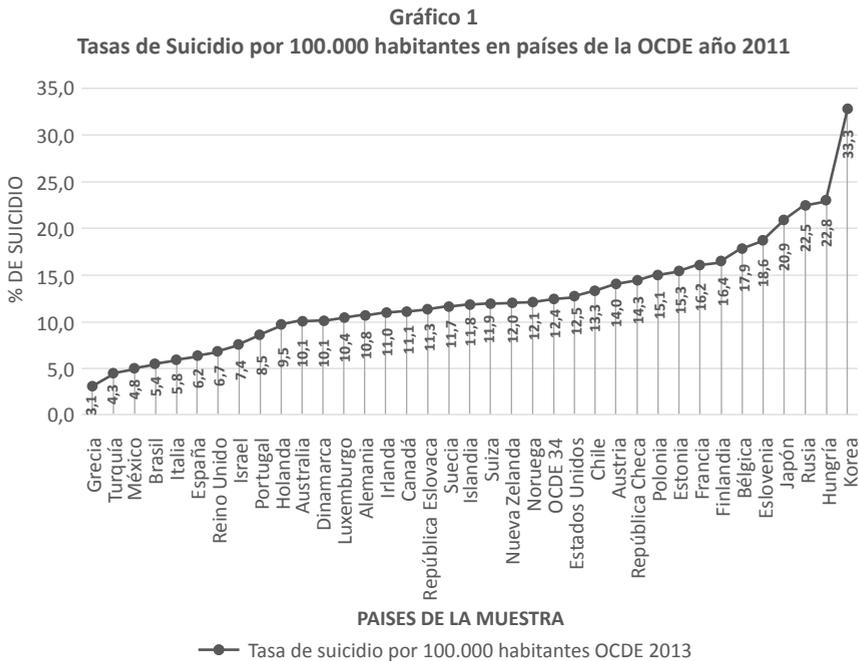
¹⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2014): Making Mental Health, Count Focus Health, OCDE, July.

²⁰ Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

Durante los últimos 20 años, en los países de la OCDE ha habido una tendencia general a disminuir el número de camas de cuidados psiquiátricos, en especial aquellas de larga estadía. El cuidado de la salud mental se ha desplazado hacia el tratamiento en la comunidad, específicamente hacia la atención primaria de salud y los centros comunitarios especializados de salud mental, siendo éstos últimos fortalecidos para brindar una atención más adecuada.

Finalmente, y no menos importante, es relevante comentar el suicidio, que a juicio de los expertos es considerado a menudo como un indicador indirecto de la salud mental de la población. Este fenómeno, se podría decir, refleja las debilidades del sistema de salud mental. De hecho las altas tasas de suicidio, tanto en población adolescente como en personas mayores, debieran ser consideradas como un llamado de atención.

Comparativamente, y de acuerdo a los datos de la OCDE, Chile se encuentra dentro de los países que tienen tasas elevadas de suicidio, ubicándose por sobre la tasa promedio de los países que integran esta organización. Esto se observa con claridad en el siguiente gráfico:



Fuente: OECD Health Statistic 2013²¹.

²¹ <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Epidemiología salud mental en Estados Unidos y Chile

- *Prevalencias de trastornos mentales en Estados Unidos*

Estados Unidos, de acuerdo al Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, cuenta con una población total de 322.583.006 de habitantes. La carga de enfermedad para los trastornos mentales, medido a través de años de vida ajustados por discapacidad, alcanza en dicha población el 4,128 por cada 100.000 personas. El gasto total en salud por persona alcanzó el año 2013 los 9.146 dólares²², siendo el gobierno la única fuente de fondos para la atención y el tratamiento de los trastornos mentales graves.

En relación a los profesionales que trabajan en salud mental, existen 12.4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, 29.6 psicólogos, 59.8 trabajadores sociales y 4.25 enfermeras. Con respecto a la infraestructura, existen 648 hospitales psiquiátricos, 1.170 unidades psiquiátricas en hospitales generales y 1656 residencias especializadas. Finalmente en cuanto a las camas disponibles en las distintas instituciones por cada 100.000 habitantes: Hospitales psiquiátricos, 23.6 con una admisión anual de 53; Unidades psiquiátricas en hospitales generales, 11.5 con una admisión anual de 59.8 y en las residencias 15.2 con una admisión anual de 19.7²³.

El Ministerio de Salud de Estados Unidos (Department of Health and Human Services), a través del Centro Nacional de Estadísticas en Salud (National Center for Health Statistics, NHIS), levanta información sobre las enfermedades en el país desde 1957. Los datos en la NHIS se recogen por medio de entrevistas personales en los hogares. Este instrumento, considera varias patologías, entre las cuales está la salud mental, dando cuenta que el 3,4% de las personas de 18 y más años, entre los meses de enero y marzo de 2016, presentaron trastornos psicológicos severos en los últimos treinta días. Esta cifra no es significativamente diferente a lo observado el año 2015, donde la prevalencia era de 3,6%. Es importante señalar que entre el año 2007 y el 2011 se incrementaron los trastornos psicológicos severos de un 2,7% a un 3,4%. No obstante desde el año 2013 no ha habido cambios significativos en las cifras²⁴.

²² WHO (2015): Mental Health Atlas 2014, country profile. Ginebra. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/ (Revisado en Noviembre 2016).

²³ Op.cit.

²⁴ U.S. Department of Health and Human Services (2016): Early Release of Selected Estimates Based on Data From the National Health Interview Survey, January-March 2016.

La misma encuesta muestra que los adultos que han consumido en el último año una o más veces exceso de alcohol (heavy drinking), alcanza al 25,4% de la población de 18 y más años. Siendo más prevalente en los hombres (32,4%) que en las mujeres (18,9%) y en las personas que tienen entre 18 y 24 años (35,6%) y entre 25 y 44 años (35,5%).

La NCHS realizada el año 2016, da cuenta que las personas que no tenían un seguro de salud al momento de hacerle la entrevista alcanzaban el 8,9%. Específicamente para las edades entre 18 y 64 años, el 12,4% no tenía seguro de salud, el 20% tenía un seguro público y el 69,2% pagaba un seguro privado.

Con respecto a la atención en salud recibida, las personas que no tuvieron acceso aumentó entre los años 1999 y 2010 de 4,3% a 6,9%. No obstante a partir del 2011 ha disminuido, llegando el 2016 a 4,3%. Los jóvenes menores de 18 años (1,3%) y las personas de 65 y más (1,5%) son quienes presentan los porcentajes más bajos en la carencia de atención.

Otra encuesta que se aplica en Estados Unidos es la National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), la cual mide específicamente la prevalencia de uso de tabaco, alcohol, drogas ilícitas (incluido el uso no médico de medicamentos recetados) y salud mental. La NSDUH es implementada por los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), que forman parte del Ministerio de Salud y Servicios Humanos (DHHS).

La NSDUH aplicada entre el 2012 y 2013, dio cuenta que la prevalencia de trastornos mentales durante el último año en Estados Unidos alcanzaba al 18,53% de la población, aumentando un 0,4% respecto a la medición del año anterior, lo que se tradujo en un incremento de más de un millón de personas. El mismo instrumento, da cuenta que el 8,6% de la población presenta consumo problemático de alcohol y drogas, con un incremento de 0,2% respecto al año anterior. Las personas que reportaron pensamientos suicidas alcanzó a un 3,9% de la población.

La misma encuesta en su aplicación para el año 2015²⁵, mostró que la prevalencia de trastornos mentales en el último año fue de un 17,9% (14,3% en hombres y 21,2% en mujeres). Las mayores prevalencias se generaron en el grupo de mujeres entre 18 y 25 años (26,2%).

²⁵ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

Con respecto a trastornos mentales graves fue 4% (3% en hombres y 5% en mujeres). Estas cifras son coincidentes con la encuesta NCHS antes mencionada (4,3% para los primeros seis meses del año 2016).

Los trastornos depresivos mayores afectaron al 6,7% de la población el año 2015 (4,7% para hombres y 8,5% para mujeres). Las mayores prevalencias se generan en el grupo de mujeres entre 18 y 25 años (13%). La realización de planes suicidas, fue de un 1,1%, teniendo mayor presencia en la población que tiene entre 18 y 25 años.

Cuadro N°1
National Survey on Drug Use and Health: Prevalencia de Trastornos mentales en Estados Unidos en población de 18 y más años en el último año en porcentajes

Trastornos mentales en el último año en personas de 18 y más años (porcentajes)									
	18-25 años	26 y más años	Hombres de 18 a 25 años	Hombres de 26 y más años	Mujeres de 18 a 25 años	Mujeres de 26 y más años	Total Hombres	Total Mujeres	Totales poblacional
2014	20,1	17,8	16,0	13,8	24,2	21,5	14,1	21,8	18,1
2015	21,7	17,2	17,3	13,8	26,2	20,4	14,3	21,2	17,9
Graves trastornos mentales en el último año en personas de 18 y más años (porcentajes)									
2014	4,8	4,0	3,4	3,0	6,2	4,8	3,1	5,0	4,1
2015	5,0	3,9	3,6	2,8	6,5	4,8	3,0	5,0	4,0
Trastorno Depresivo Mayor en el último año en personas de 18 y más años (porcentajes)									
2014	9,3	6,1	6,9	4,4	11,6	7,7	4,8	8,2	6,6
2015	10,3	6,1	7,6	4,2	13,0	7,8	4,7	8,5	6,7
Realización de planes suicidas en el último año en personas de 18 y más años (porcentajes)									
	18-25 años	26 y más años	Hombres de 18 a 25 años	Hombres de 26 y más años	Mujeres de 18 a 25 años	Mujeres de 26 y más años	Total Hombres	Total Mujeres	Totales poblacional
2014	2,3	0,9	1,9	0,8	2,8	1,0	1,0	1,2	1,1
2015	2,7	0,9	2,2	0,9	3,2	0,8	1,1	1,2	1,1

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

La población con o sin trastornos mentales de 18 y más años que ha recibido tratamiento en el último año alcanza 14,2% el 2015. Para los hombres que presentan trastornos mentales esta cifra es de 36,3% y para las mujeres 47,4% (Cuadro N°2). En relación a quien realiza el pago de estos tratamientos, en el 40,7% de los casos fueron seguros privados.

El autofinanciamiento o financiamiento desde la familia que viven en un mismo hogar, alcanzó un 34,3%. Medicare (seguro de salud del gobierno de Estados Unidos para personas mayores de 65 años) financió el 15,6% de los casos y Medicaid (seguro de salud del gobierno para personas de bajos ingresos), financió 12,5% (Cuadro N°3). Por último, esta encuesta, dio cuenta que el tratamiento más frecuente es la medicación (47,3%). La internación sólo se aplicó para el 1,7% de la población (Cuadro N°4).

Cuadro N°2
National Survey on Drug Use and Health: Prevalencia en Estados Unidos de personas de 18 y más años que han recibido tratamiento en el último año en porcentajes

Personas de 18 y más años que recibieron tratamiento en el último año									
	Con trastorno mental	Sin trastorno mental	Hombres con trastorno mental	Mujeres con trastorno mental	Hombres sin trastorno mental	Mujeres sin trastorno mental	Total Hombres	Total Mujeres	Total poblacional
2014	44,7	8,2	38,0	48,7	6,0	10,4	10,6	18,8	14,8
2015	43,1	7,9	36,3	47,4	5,9	9,9	10,3	17,8	14,2

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

Cuadro N°3
National Survey on Drug Use and Health: Fuentes de financiamiento de tratamiento en salud mental para Estados Unidos en el último año en porcentaje

Fuentes de financiamiento de tratamiento en salud mental en el último año para personas con tratamiento ambulatorio	Personas de 18 y más años		Personas entre 18 y 25 años		Personas de 26 y más años	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Autofinanciamiento o financiamiento desde la familia que viven en un mismo hogar	37,1	34,3	44,4	40,7	36,0	33,4
Miembros de la familia que viven fuera del hogar	2,2	2,3	6,4	9,0	1,6	1,2
Seguros privados de salud	38,1	40,7	34,7	34,0	38,7	41,7
Medicare	16,3	15,6	6,2	7,0	17,9	16,9
Medicaid	12,1	12,5	8,3	10,8	12,7	12,7
Programa de rehabilitación	0,5	0,1	0,2	0,2	0,5	0,1
Empleador	6,2	6,5	3,1	1,8	6,7	7,2
Programas militares	6,0	6,6	2,4	1,5	6,6	7,4
Otras fuentes públicas	3,0	2,3	2,5	3,6	3,1	2,1
Otras fuentes privadas	1,2	0,7	1,7	1,8	1,2	0,6
Tratamiento sin costo	5,3	5,0	13,3	14,0	4,1	3,6

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

Cuadro N°4

National Survey on Drug Use and Health: Tipo de tratamiento en salud mental recibido en el último año en personas de 18 y más años en porcentaje para Estados Unidos

Tipo de tratamiento en salud mental recibido en el último año en personas de 18 y más años	Personas de 18 y más años		Personas entre 18 y 25 años		Personas de 26 y más años	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Recibe un tipo de tratamiento						
Internación	1,8	1,7	2,9	3,0	1,7	1,5
Ambulatorio	12,6	14,6	21,1	21,6	11,5	13,7
Medicación	51,6	47,3	42,3	38,5	52,8	48,4
Recibe dos tipos de tratamiento						
Internación y ambulatorio	0,6	0,4	1,3	1,2	0,5	0,3
Internación y medicación	1,1	1,1	1,2	1,7	1,1	1,0
Ambulatorio y medicación	29,2	31,9	26,8	28,3	29,6	32,4
Recibe tres tipos de tratamiento						
Internación, ambulatorio y medicación	3,0	3,1	4,4	5,6	2,8	2,7

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

Cabe agregar que la MHA (Mental Health America) en su publicación The State of Mental Health in America 2017²⁶, plantea que el 56% de las personas que tienen una enfermedad mental no recibe tratamiento. A su vez, sostiene que la reforma de salud ha reducido la tasa de personas de 18 y más años con trastornos de salud mental sin seguro, disminuyendo de un 19% a un 13% en la actualidad.

- **Prevalencias de trastornos mentales en Chile**

De acuerdo al informe elaborado sobre la situación de la salud mental en el país por la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud el año 2014²⁷, existen 41,5 profesionales y técnicos por cada cien mil usuarios de FONASA. A nivel nacional, existen 7 psiquiatras, 2 enfermeras, 1,9 trabajadores sociales, 3 terapeutas ocupaciones y 171,5 psicólogos por

²⁶ Nguyen, Teresa, Davis, Kelly (2016): The State of Mental Health in America 2017. Mental Health America. Disponible en: www.mentalhealthamerica.net (Revisado en octubre 2016).

²⁷ Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

cada cien mil habitantes, destacando estos últimos por su cantidad y desproporción en relación a las otras profesiones.

En referencia a los dispositivos de atención, el mismo informe da cuenta de un aumento considerable en la última década. Al año 2012 existían 832 centros de atención primaria que proveían de atención en salud mental, 723 postas rurales, 83 centros de salud mental comunitaria, 53 unidades de psiquiatría ambulatoria, 45 hospitales de día, 23 unidades de corta estadía para adultos en hospitales generales, 8 unidades de corta estadía para adolescentes en hospitales generales, 51 centros diurnos, 5 hospitales psiquiátricos y 199 hogares y residencias protegidas. En este marco, la razón de prestaciones ambulatorias versus prestaciones residenciales, alcanzó 1,82, bastante superior al 0,88 que existía el 2004.

Las prevalencias específicas de trastornos mentales en Chile han sido estudiadas por Benjamín Vicente y su equipo²⁸. Ellos realizaron una entrevista diagnóstica basada en el instrumento utilizado a nivel internacional, CIDI, y en los diagnósticos del DMS-III-R. Éste fue aplicado a una muestra aleatoria estratificada de 2.978 individuos de cuatro provincias representativas de la población de 15 años o más del país (Santiago, Concepción, Iquique y Cautín). Se estimaron las tasas de prevalencia de por vida y de 12 meses. La tasa de respuesta fue del 90,3%.

Los resultados dieron cuenta que aproximadamente un tercio (31,5%) de la población tenía un trastorno psiquiátrico durante toda su vida y el 22,2% tenía un trastorno en los últimos 12 meses. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes durante la vida fueron agorafobia (11,1%), fobia social (10,2%), fobia simple (9,8%), trastorno depresivo mayor (9,2%) y dependencia de alcohol (6,4%). De este modo, se dio cuenta que son los trastornos de ansiedad los más prevalentes, seguidos por la depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol.

De las personas que presentaban un diagnóstico de prevalencia de 12 meses, el 30,1% tenía un trastorno psiquiátrico comórbido, de los cuales la mayoría había buscado servicios de salud mental, en contraste con un cuarto de los que tenían un solo trastorno (Cuadro N°6).

²⁸ Vicente, Benjamín et al. (2006): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *American Journal Psychiatry*, Agosto 2006; 163: 1362-1370.

Cuadro N°5
Prevalencias de trastornos mentales en Chile a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses

Prevalencias						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Trastorno mental	%	%	%	%	%	%
Trastornos afectivos						
Episodio depresivo mayor	6,8	3,7	11,5	7,5	9,2	5,7
Episodio maniaco	1,5	0,7	2,2	2,1	1,9	1,4
Distimia	3,5	1,6	12,1	5,9	8,0	3,9
Cualquier trastorno afectivo	9,8	5,7	19,7	12,6	15,0	9,3
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de pánico	0,7	0,5	2,5	1,2	1,6	0,9
Agorafobia y trastorno de pánico	6,0	1,9	15,9	10,4	11,1	6,3
Trastorno de ansiedad generalizado	0,9	0,7	4,1	2,4	2,6	1,6
Fobia social	7,2	2,5	12,8	9,7	10,2	6,4
Fobia simple	4,0	3,8	14,8	11,5	9,8	8,0
Trastorno obsesivo compulsivo	0,7	0,7	1,6	1,6	1,2	1,2
Estrés postraumático	2,5	1,1	6,2	3,6	4,4	2,4
Cualquier trastorno de ansiedad	8,7	3,7	23,1	15,6	16,2	9,9
Abuso de sustancias						
Abuso de alcohol	6,2	3,9	1,2	0,8	3,6	2,3
Dependencia al alcohol	11,0	8,2	2,1	1,4	6,4	4,7
Abuso de drogas	1,5	0,6	0,3	0,1	0,9	0,3
Dependencia a las drogas	1,9	1,1	3,2	2,0	2,6	1,5
Dependencia a la nicotina	4,0	2,9	3,7	3,1	3,9	3,0
Cualquier trastorno por abuso de drogas y alcohol	18,5	12,8	5,4	3,8	11,7	8,1
Cualquier abuso de sustancias	20,7	14,4	8,7	6,7	14,4	10,4

Otros trastornos mentales						
Psicosis no afectiva	3,6	0,2	1,9	1,1	1,8	0,7
Desórdenes psicósomáticos	2,7	1,9	4,3	3,9	3,5	2,9
Trastornos alimentarios	0,0	0,0	2,2	2,2	1,2	1,2
Trastorno de personalidad antisocial	2,2	1,5	1,1	0,5	1,6	1,0
Trastornos cognitivos	4,0	4,0	3,4	3,4	3,7	3,7
Cualquier trastorno mental observado en los encuestados	27,9	19,3	34,8	25,0	31,5	22,2

Fuente: Vicente, Benjamín et al. (2006): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. American Journal Psychiatry, Agosto 2006; 163: 1362-1370.

Los autores concluyeron que las tasas de prevalencia en Chile son similares a las obtenidas en otros estudios realizados en América Latina y grupos hispanohablantes de América del Norte. Sin embargo, la comorbilidad y los trastornos del consumo de alcohol no fueron tan frecuentes como en América del Norte.

Esto se traduce en que los trastornos neuropsiquiátricos son responsables del 23% de la carga de enfermedad en el país²⁹, la mayor dentro de las enfermedades no transmisibles³⁰. De hecho, las licencias médicas relativas a la salud mental han ocupado los primeros lugares en los últimos años. En la Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida³¹, se plantea que el 21% de los trabajadores en Chile refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas en los últimos 12 meses.

²⁹ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2015): Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.

³⁰ Ministerio de Salud, Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile (2008): Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

³¹ Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral (2011): Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile. Informe interinstitucional, ENETS 2009-2010.

En lo relativo a la Encuesta Nacional de Salud aplicada el año 2009-2010³², a nivel poblacional, el 17,2% presenta síntomas depresivos, existiendo una mayor prevalencia en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%). En la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN, del año 2015, la depresión es nombrada como la tercera causa de tratamiento médico en los últimos doce meses, con una proporción de cuatro mujeres por cada hombre. Le antecede la hipertensión arterial y la diabetes.

La prevalencia en niños y adolescentes de cualquier trastorno psiquiátrico alcanza el 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas). Estos trastornos son principalmente de orden ansioso y disruptivo³³.

Del total de personas que han sido diagnosticados, solo el 38,5%³⁴ ha recibido algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria. De acuerdo al Atlas de Salud Mental de la OMS, esta cobertura de atención está por debajo de la media en países de ingresos medios, siendo cercana a la de los países con bajos ingresos.

No obstante ello, la inclusión de cuatro problemas de salud mental en las Garantías Explícitas de Salud (GES) (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años), ha permitido disponer de una mayor cantidad de recursos humanos y operacionales para la salud mental en el sector público y privado, disminuyendo parte de las brechas de atención existentes. La CASEN del año 2015, muestra que más del 60% de las personas que estuvieron en tratamiento por depresión en los últimos doce meses, financió su tratamiento mediante las GES.

Es importante hacer notar que el porcentaje de presupuesto destinado a salud mental a lo largo de los años ha aumentado. De hecho lo hizo de manera significativa entre los años 2000 (1,2%) y 2008 (3,1%). En los años noventa no superaba el 1%. Posteriormente ha sufrido una

³² Ministerio de Salud (2009-2010): Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf> (Revisado en noviembre de 2016).

³³ Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. *Acta Bioethica* 2016; 22 (1): 51-61.

³⁴ Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. *Acta Bioethica* 2016; 22 (1): 51-61.

reducción alcanzando el año 2012 un 2,16%. De este porcentaje se destinó el 70% a la atención ambulatoria de especialidad, seguido por el tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas y el tratamiento de trastornos mentales en APS. El presupuesto para los hospitales psiquiátricos fue de un 16%³⁵.

Todas estas inversiones siguen siendo insuficientes, dado que la meta de la OMS es el 5%³⁶. De hecho la cobertura de personas con trastornos mentales en Chile es del 4,8%³⁷, cifra que está por debajo de la media de los países con ingresos medios, que alcanza el 8,7%, y cercana al 3,4% de los países con ingresos bajos.

En las ISAPRES, los gastos en torno a la salud mental para el año 2012, fue del 2,84% de los fondos totales destinados a bonificaciones de atenciones de salud.

Cabe agregar que el gasto promedio per cápita en atención de salud mental es muy superior en ISAPRES (\$10.879) que en FONASA (\$6.950). No obstante ello, los afiliados de ISAPRES presentan gastos de bolsillo más altos en co-pagos y medicamentos³⁸.

En este marco, el arancel FONASA para el día cama de hospitalización en psiquiatría año 2014, alcanzó los \$3.540, mientras que los montos facturados para la misma prestación en ISAPRE, comprendieron \$61.175 para prestadores preferentes y \$88.097 para no preferentes. Vale decir, en ISAPRE los valores son superiores en un 1.628% en un prestador preferente y en un 2.389% en uno no preferente³⁹.

Es de vital importancia destacar además que los aranceles FONASA de día cama y de consultas psiquiátricas y de psicólogo no superan los \$9.000, siendo inferiores a lo observado en otras especialidades, donde la misma prestación se valoriza en \$12.000 aproximadamente.

³⁵ Op.cit.

³⁶ Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

³⁷ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2015): Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.

³⁸ Op.cit.

³⁹ Cifras trabajadas por la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

A todo lo anterior, se debe sumar que en las ISAPRES, el año 2014, la bonificación promedio por las prestaciones de salud mental fue de un 32,3% respecto de los montos facturados, producto de que son servicios que tienen tope de cobertura, mientras que en FONASA fue de 64,6%, existiendo una diferencia de 32,3 puntos porcentuales.

En el registro de licencias médicas del sistema público, las licencias por salud mental dan cuenta del 27% de los días totales de licencias autorizados y del 30% del gasto total de las licencias médicas. En ISAPRE, en un período de seis años, se autorizaron en promedio sólo el 46,7% del total de días solicitados, mientras que para las licencias por enfermedades no mentales, se autorizó en promedio el 80,5%. En el sistema ISAPRE las licencias de salud mental dan cuenta del 21,2% del total del costo por este concepto.

La brecha de servicios de salud mental se estima en un 60%, necesitándose duplicar la inversión para alcanzar una cobertura de al menos 40% de las personas afectadas.

Se observa así, que la atención de salud mental enfrenta graves restricciones de cobertura y barreras de acceso a la atención ambulatoria, rehabilitación, hospitalización y medicamentos.

- ***Comparaciones entre la salud mental de Estados Unidos y Chile***

Si bien los estudios de prevalencias son más avanzados y actualizados en Estados Unidos que en Chile, Benjamín Vicente y su equipo, en un artículo escrito el 2016⁴⁰, realiza comparaciones, dando cuenta que la carga global de enfermedad es prácticamente igual en ambos países.

Las tasas de suicidio también son similares, alcanzando el 17,4 por cada cien mil habitantes hombres en Chile y el 17,7 en Estados Unidos. Para el caso de las mujeres, las cifras alcanzan 3,4 y 4,5 respectivamente.

No obstante ello, Chile invierte en salud, tanto física como mental, un 8,27% del PIB y Estados Unidos el 16,21%. Específicamente en salud mental, Chile invierte un 2,78% del PIB y Estados Unidos el 6,2%⁴¹.

⁴⁰ Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. Acta Bioethica 2016; 22 (1): 51-61.

⁴¹ Op.cit.

Los gastos per cápita por tanto, son muy superiores en Estados Unidos, con 3076 dólares americanos, que en Chile, que alcanzan lo 363 dólares americanos.

Cuadro N°6
Gastos en salud y prevalencias de suicidio comparadas entre Chile y Estados Unidos

País	Presupuesto en salud (% del PIB)	Presupuesto salud mental (%)	Gasto per cápita en dólares	Tasa de suicidio por 10.000 habitantes		Carga Global
				Hombres	Mujeres	
Estados Unidos	16,21	6,2	3076	17,7	4,5	30,9
Chile	8,27	2,78	363	17,4	3,4	30,4

Fuente: Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. Acta Bioethica 2016; 22 (1): 51-61. Realizado a partir del Atlas de salud mental del año 2011 de la OMS.

En lo relativo a los profesionales para la atención de salud mental, Estados Unidos cuenta con 12,4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, 29,6 psicólogos, 59,8 trabajadores sociales y 4,25 enfermeras. Chile en cambio, cuenta con 7,0 psiquiatras, 171,5 psicólogos, 1,9 trabajadores sociales y 2,0 enfermeras (Cuadro N°7).

Cuadro N°7
Profesionales de salud mental en Chile y Estados Unidos

Profesionales para la atención de la salud mental por cada 100.000 habitantes	Estados Unidos	Chile
Psiquiatras	12,4	7,0
Psicólogos	29,6	171,5
Trabajadores sociales	59,8	1,9
Enfermeras	4,25	2,0

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a los datos recogidos en ambos países en los distintos estudios revisados.

Benjamín Vicente y su equipo también comparan las prevalencias de las patologías mentales, con base en el Atlas de Salud Mental de la OMS del año 2011. En este sentido, mientras Estados Unidos tiene una prevalencia de 10,7% en trastornos del ánimo, Chile presenta un 9,0. En trastornos de ansiedad es 17,0% y 5,0 respectivamente. En abuso de sustancias es de 11,5% versus 6,6%. Y en lo relativo a considerar cualquier trastorno, Estados Unidos presenta una prevalencia de 29,1% y Chile 17%.

En cuanto a la gravedad de los trastornos, Estados Unidos presenta cifras de un 13,8% de enfermedades mentales leves, 7,0% moderadas y 7% graves, mientras que Chile un 8,1%, 5,5% y 3,3% para las mismas categorías (Cuadro N°8).

Cuadro N°8
Prevalencias de trastornos mentales comparadas en Chile y Estados Unidos y la gravedad presente en ellos

Tipo de trastorno	Estados Unidos	Chile
Trastorno del ánimo	10,7	9,0
Trastorno de ansiedad	17,0	5,0
Trastorno de abuso de sustancias	11,5	6,6
Cualquier trastorno	29,1	17,0

Gravedad del trastorno	Estados Unidos	Chile
Ninguna	70,9	83,0
Leve	13,8	8,1
Moderada	7,0	5,5
Grave	8,2	3,3
(n)	5.384	2.181

Fuente: Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. Acta Bioethica 2016; 22 (1): 51-61. Realizado a partir del Atlas de salud mental del año 2011 de la OMS. Adaptado de Bijl et al. (2003)(9). (*) Restringido a algunos diagnóstico e individuos entre 18-54 años de edad.

Finalmente en el porcentaje de personas que ha recibido cualquier tipo de tratamiento de salud mental, Estados Unidos declara un 10,9% y Chile un 17,3%.

Legislación de salud mental

La legislación en salud mental busca proteger los derechos humanos, favorecer la inclusión social y evitar la discriminación con las personas que padecen de trastornos mentales, incluidas las restricciones de tipo financiero de las cuales son víctima.

A nivel internacional es importante considerar que la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), han tenido una evaluación dispar en materia de salud mental. Esto a pesar de que la Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su primer artículo “que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, lo

cual incluiría desde su inicio a quienes padecen enfermedades mentales. Por su parte, y de manera contraria, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, debió en 1996 explicitar la incorporación a las personas con discapacidad, dado los reparos que levantaron los entes observadores de dichos tratados a nivel mundial.

En este sentido, dichas observaciones han estado relacionadas con el derecho a la salud, donde hay tanto libertades (a controlar el propio cuerpo y salud, sexual y reproductiva, a consentir sobre tratamientos o experimentación), como derechos (a tener una protección en salud que garantice igualdad de oportunidades).

Lo anterior llevó a que surgieran documentos específicos en materia de salud mental y derechos humanos, tales como la Declaración de Caracas (1990) a nivel regional, la cual buscó reordenar la estructura de los servicios de salud mental desde un enfoque de derechos humanos, y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991) de Naciones Unidas, con lo que se esperaba que los países adoptaran medidas de legislativas y presupuestarias.

En lo referido a las normativas de derechos humanos en salud mental y las leyes de salud mental, se puede observar que los países se distinguen entre aquellos que tienen leyes específicas de salud mental y aquellos que tienen normativas dispersas que afectan aspectos relacionados con la salud mental.

En Latinoamérica, más del 75% de los países ya la tienen, haciendo suyo el llamado de la Organización Mundial de la Salud en torno a “codificar y consolidar los principios fundamentales, los valores, los propósitos y los objetivos de las políticas y los programas de Salud Mental”, de modo de asegurar la protección de quienes, afectados por trastornos mentales, viven en situación de vulnerabilidad enfrentando estigma, discriminación y marginalización, así como la violación de sus derechos fundamentales.

En términos generales, se han revisado los antecedentes y la carga de enfermedad de salud mental de Estados Unidos, no obstante es dable considerar que el desarrollo de la Ley de Salud Mental de este país, está íntimamente ligada a una de las familias más poderosas del país: La familia Kennedy.

La historia familiar parecería comenzar con Rosemary Kennedy, hermana del ex presidente asesinado John F. Kennedy que presentaba una discapacidad cognitiva, y fue criada en la intimidad de su familia, y que en la adolescencia sufriría una enfermedad psiquiátrica que para ser manejada se le sometió a una lobotomía, tras lo cual quedó en peores condiciones. Ella generó una primera sensibilización con el tema, sobretodo en su hermana Eunice Shriver que tomaría un rol de abogacía en la materia.

En 1955 el Senador John F. Kennedy patrocinaría la ley que establecía la Comisión Nacional de Enfermedades Mentales y Salud Mental, donde quedarían fuera las discapacidades intelectuales, hasta que el mismo John, años más tarde en 1963, pero ahora como Presidente de Estados Unidos, envía una moción al congreso a pos de la “Salud Mental y el retardo mental”, motivado entre otras cosas, por la develación pública de su hermana Eunice un año antes en un periódico de la existencia de Rosemary, entonces de 44 años.

John F. Kennedy se transformaría así en el primer Presidente en realizar una moción en salud mental⁴² y a pesar de la amplitud inicial del mensaje con que procedió a su envío, este se concretaría en sólo dos leyes específicas: la “Ley de seguridad social en Salud infantil y retardo mental”, destinada a niños con defectos cerebrales y la “Ley de construcción de centros comunitarios de salud mental” buscando reinsertar socialmente a los afectados. Cuatro semanas después sería asesinado.

El tema de la salud mental en Estados Unidos, sería recién retomado en 1977 por un nuevo presidente demócrata, Jimmy Carter, quien es sensibilizado por su esposa Rosalynn quien mantenía un estrecho vínculo con Eunice. A partir de ello nombrará la Comisión Presidencial de Salud Mental que terminaría en 1980 con la firma de la “Ley del Sistema de Salud Mental”, pero que no lograría prosperar tras su derrota en la siguiente elección presidencial ante el republicano Ronald Reagan. Éste último se centró en el tema de drogas y adicciones desde una perspectiva de la capacidad de las personas, donde era su decisión el poder decir que no a su consumo. Años más tarde, Patrick Kennedy consideraría este

⁴² Kennedy, Patrick J, Fried, Stephen (2016): *A Common Struggle: A Personal Journey Through the Past and Future of Mental Illness and Addiction*. Penguin Random House, September 2016, United States of America, página 28.

momento como uno de los períodos que más contribuyeron al estigma de las enfermedades mentales.

La abogacía por parte de la familia Kennedy volvería con fuerza a través de Patrick Kennedy, el menor de los hijos de Edward Kennedy al llegar a ser representante de la cámara en 1988, por el estado de Rhode Island a la edad de 21 años. A lo largo de su vida, él tomaría conciencia de ser parte de los “enfermos mentales”; padeciendo un trastorno bipolar, un trastorno ansioso, un alcoholismo severo y un policonsumo de drogas, todo lo cual lo llevó a tener múltiples tratamientos y hospitalizaciones. Esto además de su contexto familiar: el principal de ellos fue su madre Bridget Murphy, quien presentaba un fuerte alcoholismo que develaría a una revista en 1972, siendo una de las primeras personas de la élite del país en enfrentar que tenía un problema psiquiátrico grave⁴³ y que tras la separación de sus padres en 1977 ingresaría a Alcohólicos Anónimos. El resto de su núcleo familiar también padeció los estragos de las enfermedades mentales. Su padre, el famoso senador y ex candidato presidencial, padeció un estrés post traumático producto del asesinato de dos de sus hermanos. Ted y Kara Kennedy se someterían años más tarde a rehabilitación por alcoholismo. Y su primo David Kennedy, pocos años mayor que él, fallecería por una sobredosis en 1984.

En 1992, cuando ya era representante de la cámara, conoce la iniciativa que se desarrolla en el Senado para legislar sobre la paridad en la seguridad en salud, la moción buscaba hacerse cargo de la disparidad de coberturas entre las enfermedades mentales y las enfermedades físicas a lo largo de la vida, contando con el apoyo de la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales, la organización no gubernamental más grande de Estados Unidos. Esta iniciativa legislativa, fue promovida por el Senador republicano por Nuevo México, Pete Domenici, quien tenía una hija con un cuadro esquizoafectivo, y el Senador demócrata por Minnessota, Paul Wellstone, quien tenía un hermano con un trastorno psiquiátrico severo. Ambos estaban en pos de trabajar por la Ley de paridad, y pese a que sus visiones de qué debía incluirse en ella eran distintas, Domenici creía que la ley debía ser sólo para los trastornos psiquiátricos severos excluyendo las adicciones y Wellstone planteaba que debía ser amplia, cubriendo todo el espectro de la salud mental (pág. 138), deciden avanzar en el proyecto de forma conjunta. Durante los dos gobiernos de Bill Clinton (1993-1997 y 1997-2001), se intenta

⁴³ Op.cit., página 40.

realizar una reforma de salud comandada por su esposa Hillary, la cual incluía un plan básico de cobertura en salud mental y adicciones, que fue un primer avance a la anunciada Ley de Paridad, pero que finalmente no logró llevarse a cabo.

Por esta razón, y ante el temor de no lograr avances, en 1996 los senadores Domenici y Wellstone ingresaron la moción “Paridad en Salud Mental” con la visión restringida de cobertura en una ley laboral para los empleados fiscales, dado que la seguridad en salud para ellos dependía del Departamento de Trabajo y no la del Departamento de Salud, lo que hacía factible su aprobación, siendo su estrategia correcta, y logrando la primera aprobación en la materia. Desde entonces queda instaurado el “Mental Health Parity and Addiction Equity” (MHPAEA) o “La ley de paridad en Salud Mental”, siendo un hito de desarrollo de vital importancia. Esta iniciativa logra ampliar la disponibilidad y cobertura de la atención de enfermedades mentales e impide que los planes y seguros de salud, grupales e individuales, sean más restrictivos en salud mental que en salud física y cirugías, como lo habían sido hasta entonces.

Sin abandonar su idea original de cobertura universal, en 2001 los mismos senadores ingresarían una nueva moción pero que ahora incluía todos los trastornos mentales y las adicciones⁴⁴.

El 11 de septiembre de 2001, Estados Unidos sufre el atentado terrorista de las torres gemelas, posicionándose en la agenda la discusión sobre el tratamiento y la cobertura del Trastorno de estrés post traumático, el como el terrorismo influía en la salud mental, y las repercusiones que debían haber vivido los veteranos de guerra años previo y que aún abogaban por tratamientos⁴⁵.

Pese a ello, esta ley suscitó una serie de conflictos referidos a la creencia que estas medidas subirían los costos⁴⁶. Frente a las primeras medidas legales, las aseguradoras buscaron los mecanismos para no cumplir con los nuevos requerimientos, por lo que se han generado variadas modificaciones a lo largo de los años. Eso abrirá la discusión más seria de cómo financiar la ley de paridad, estableciéndose que debía ser

⁴⁴ Op.cit., página 190.

⁴⁵ Op.cit., página 193.

⁴⁶ Verughese, Jacob et al. (2015): Economic Effects of Legislations and Policies to Expand Mental Health and Substance Abuse Benefits in Health Insurance Plans: A Community Guide Systematic Review. *Journal Mental Health Policy Econ.* 2015 Mar; 18(1): 39-48.

por un incremento de la cotización en salud entre 1-2%⁴⁷ pese a que otros abogaban por que el número era muy superior a ello. El 2008 fue nuevamente ratificada con un costo estimado de US\$25.4 mil millones de dólares americanos para un período de diez años⁴⁸.

El año 2002 el Presidente George Bush será el primer presidente republicano que hará el anuncio, junto a Peter Domenci, que está a favor de la paridad en Salud Mental, nombrado una Comisión de Libertad y Salud Mental, que era parte de las Comisiones de Libertad que había implementado al comienzo de su gobierno con miras a mejorar la calidad de vida de los estadounidenses y a apoyar la visión restringida republicana de la ley de Paridad. Ese mismo año Paul Wellstone moriría en un accidente aéreo junto a su hija y su esposa, con lo cual la vocería más importante del mundo demócrata en pos de los derechos de las personas con enfermedades mentales, desaparecía.

El año 2004 dos hijos de republicanos se suicidarían, el hijo del Senador por Oregon, Gordon Smith, y del representante de la cámara por Kansas, Todd Tiahrt, generando una nueva movilización en pos de la salud mental. En este escenario, George Bush solicita un estudio que determina que el costo de la ley de paridad generaba un incremento del 0,9% en la cotización de salud. En concomitancia aparece la publicación en el *New England Journal of Medicine* denominada “Behavioral Health insurance parity for federal employees”, que evaluaba el comportamiento de la ley de paridad en los empleados fiscales aprobada por Clinton en 1999, donde las conclusiones determinaban que no sólo los costos de los planes no se incrementaban sino que algunos disminuían. Por lo tanto, no había ninguna evidencia de que por el aumento de cobertura hacia las personas con trastornos de salud mental, éstas utilizarían más el sistema de lo que lo usaban antes, demostrando que la cobertura no lograba por si sola contravenir el estigma.

Para entonces Patrick Kennedy ya se había transformado en la vocería que continuara el trabajo de Paul Wellstone en el partido demócrata, pero sería un nuevo hecho biográfico en 2006 el que lo colocaría en un

⁴⁷ Kennedy, Patrick J, Fried, Stephen (2016): *A Common Struggle: A Personal Journey Through the Past and Future of Mental Illness and Addiction*. Penguin Random House, September 2016, United States of America, página 196.

⁴⁸ Barry, Colleen, Huskamp, Haiden, Goldman Howard (2010): *A Political History of Federal Mental Health and Addiction Insurance Parity*. Johns Hopkins University; Harvard University; University of Maryland. *The Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 3, 2010 (pp. 404-433).

rol de abogacía nacional. Volvía a caer hospitalizado tras un accidente automovilístico con gran impacto mediático en la prensa por chocar bajo los efectos del alcohol y drogas contra el capitolio, pero en esta ocasión a diferencia de otras en que escondía la causa subyacente, realizará una conferencia de prensa donde transparentará sus diagnósticos, pero sobretodo llamará a aprobar la Ley de Paridad en Salud Mental⁴⁹. Es en esta misma hospitalización que la primera visita que recibirá será la del representante republicano por Minesotta Jim Ramstad, rehabilitado años antes de alcoholismo, quien acude a ofrecerle su apoyo, tras lo cual no sólo comenzará una amistad sino que Patrick le solicitará públicamente que asuma como su tutor para la rehabilitación, generando un gran impacto en el país por esta fuerte asociación en el duopolio partidario de Estados Unidos, que se proyectaría desde entonces en la lucha por conseguir la Ley de Paridad, replicando la tradicional unión bipartidista entre Domenici y Wellstone que había logrado los primeros pasos antes.

Patrick pese al escándalo, logró salir reelecto, al mismo tiempo que su padre tomaría un rol en la comisión de Salud del Senado, donde ingresaría un proyecto de Ley de Paridad en Salud mental en los términos en que Domenici la había planteado, restringida a enfermedades mentales graves, y sin considerar las adicciones⁵⁰ siendo rechazado por su hijo. Patrick consideraba que este proyecto no sólo era muy inferior a lo que se había logrado para los empleados fiscales y sus familias, entre los que se encontraban ellos como congresales, sino que además ponía un riesgo mayor; Estados Unidos al ser un estado federado, muchos estados habían establecido normas locales que mejoraban lo existentes desde el año 2001, y el proyecto de su padre no permitiría que estas mejoras locales en pos de un mayor proteccionismo, se implementaran.

Es entonces que con el apoyo de Salud Mental América, la asociación más grande de pacientes de Estados Unidos, decidieron ingresar en Marzo de 2007 la moción “Paul Wellstone Ley de equidad y paridad para salud mental y adicciones”, lo que desencadenaría una tensión familiar, confrontando al padre con el hijo, y entre las cámaras del poder legislativo, que quedaría bien reflejado en el artículo del New York Times titulado “Los propósitos de la Ley de Paridad de Salud mental, entre el pragmatismo del padre y la pasión del hijo”. Ambos proyectos comenzaron a avanzar en sus respectivas cámaras.

⁴⁹ Op.cit., página 236.

⁵⁰ Op.cit., página 253.

La regulación se aplicó originalmente a los planes de salud grupales y fue modificada por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, ampliándose a los seguros de salud individuales, como se analizará con detención a continuación.

Así se promovieron dos mociones parlamentarias una por el representante Patrick Kennedy y otra por su padre el Senador Ted Kennedy, la primera en la cámara de representantes, el equivalente a la cámara de diputados, y la segunda en el Senado. Patrick Kennedy abogó por que la ley debía incluir todas las enfermedades mentales y el consumo abusivo de drogas, mientras Ted Kennedy la restringió solo a las enfermedades psiquiátricas severas. Finalmente la MHEPEEA (Mental Health parity and addiction equity act) fue aprobada en 2008 pero solo comenzó a ser implementada con la reforma de salud del Presidente Barack Obama en 2014.

Patrick Kennedy definió esta legislación como una ley equivalente a las leyes de derechos civiles, tendiente a combatir directamente el estigma⁵¹, lo que permitiría que el debate sobre la pregunta de si las enfermedades mentales existían o no, se cerrara, y se abriera la pregunta sobre el correcto diagnóstico y tratamiento.

En contraste con lo anterior, en el caso de Chile la temática de salud mental está en un cuerpo legislativo disperso, entre las que están:

- Constitución Política de Chile.
- Código Civil.
- Código de Procedimiento Civil.
- Ley 18.600 que “Establece Normas sobre los Deficientes Mentales (1987).
- Ley Nº 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud (2004).
- Ley Nº 20.000 que sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (2005).
- Decreto Nº 201 que promulga la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008).
- Ley Nº 20.255 que Establece Reforma Previsional (Año 2008).
- Ley Nº 20.332 sobre Producción, Elaboración y Comercialización de Alcoholes Etilícos, Bebidas Alcohólicas y Vinagres (2009).

⁵¹ Op.cit., página 13.

- Ley Nº 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” (2009).
- Ley Nº 20.609 que establece Medidas contra la Discriminación (2010).
- Ley Nº 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (2010).
- Ley Nº 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación a las Acciones vinculadas a su Atención de Salud (2012)⁵².

Si bien en muchos casos las leyes no discriminan explícitamente en relación al acceso y el cuidado de las personas con problemas de salud mental, los vacíos legales pueden favorecer la implementación de limitaciones o condiciones si se trata de atención psiquiátrica o psicológica.

De acuerdo al Informe elaborado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental el año 2014, las principales debilidades en el respeto de los derechos humanos para esta población son:

- Ausencia de reconocimiento legal de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental.
- La Ley 18.600 permite la interdicción sin un debido proceso y permite el pago de una remuneración inferior al sueldo mínimo para las personas con discapacidad mental.
- Ausencia de una autoridad independiente del sector salud que autorice y supervise las hospitalizaciones involuntarias.
- Falta de reconocimiento del derecho exclusivo de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles, tales como psicocirugía y esterilización (ninguna otra persona debería sustituirla en estas decisiones).
- Inexistencia de disposiciones legales que obliguen a empresas a contratar a esta población.
- Bajo porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental.
- Alta discriminación territorial en la distribución de los recursos para la salud mental en el sistema público de salud.
- Insuficiente número de centros de salud mental comunitaria.

⁵² Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

- Alta frecuencia de uso de contención física y aislamiento en hospitalizaciones psiquiátricas.
- Los dispositivos de salud mental no entregan suficiente información a los usuarios y no facilitan su participación activa en las decisiones sobre sus tratamientos.
- Bajo porcentaje de personas con esquizofrenia que tienen un plan individual de tratamiento.
- Baja frecuencia del uso de intervenciones que favorezcan inclusión educacional y laboral.
- Alto número de personas con discapacidad mental institucionalizadas (formal e informal).
- Bajo porcentaje de niños/as con discapacidad mental integrados en escuelas normales.

Chile, a pesar de llevar más de 15 años promoviendo la necesidad de un instrumento normativo relativo a la salud mental, con solicitudes desde la sociedad civil y con iniciativas por parte del Congreso Nacional, aún no cuenta con una Ley en esta materia. Los avances que se han alcanzado dicen relación con la ratificación de la Convención de Derechos para Personas con Discapacidad el año 2008 y la emisión del informe de la Comisión Asesora Presidencial en materia de discapacidad del año 2016, donde una de las diez medidas priorizadas con carácter de urgente fue “enviar al Congreso un Proyecto de Ley de Salud Mental, que incluya medidas específicas para el respeto de derechos de personas con discapacidad de tipo mental, reemplace la Ley N°18.600 y el párrafo 8 de Discapacidad Mental de la Ley N°20.584, regule la relación de las personas con discapacidad de tipo mental con la justicia, asegure recursos para los Servicios de Salud Mental (al menos el 5% del Presupuesto de Salud), que ofrezca alternativas comunitarias a la institucionalización y establezca el desarrollo de una red de servicios de salud mental comunitario”⁵³. A su vez, el Ministerio de Salud anunció su disposición a estudiar el tema y mediante la Resolución Exenta N° 81 del 10 de febrero 2015, conformó una mesa de trabajo, vigente hasta el día de hoy.

Los actores específicos que han posibilitado la realización de estas acciones son la Coordinadora de Organizaciones de Familiares y Usuarios

⁵³ Comisión Asesora Presidencial sobre Inclusión Social de Personas en Situación de Discapacidad (2016): Propuesta Plan Nacional sobre Inclusión Social de Personas en Situación de Discapacidad. Disponible en www.senadis.cl (Revisado en diciembre 2016).

de Personas con Afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM), quien presentó el año 2012 ante el Congreso Nacional un informe emanado de un encuentro nacional, donde manifestó las necesidades que tienen las familias y las personas con enfermedades mentales en el país, destacando la necesidad de establecer una Ley de Salud Mental. A su vez, han surgido además dos mociones parlamentarias, la primera patrocinada por la Diputada Marcela Hernando, quien comenzó a plantear la importancia de los derechos de las personas con enfermedades mentales a partir del año 2013, y la segunda, correspondiente al Diputado Sergio Espejo del año 2015.

Es importante sostener que en 2016 se refunden estos intentos, generándose una Propuesta de Ley patrocinada por ambos Diputados, con el objetivo de garantizar judicialmente el reconocimiento de los derechos de esta población, específicamente el derecho a la libertad personal y al cuidado sanitario. Surgen así cuatro pilares fundamentales:

1. El establecimiento de una regla general de capacidad.
2. La prohibición de llevar adelante procedimientos de salud invasivos e irreversibles.
3. Que sea la Corte de Apelaciones quien actúe en las autorizaciones de las internaciones involuntarias y en la supervisión de éstas.
4. La constitución de estándares mínimos de atención en salud mental para cualquier chileno o chilena.

Cuadro N°9
Proyectos de ley relativos a la salud mental presentados en Chile

Proyecto de ley	Fecha	Boletín	Cámara	Trámite	Objeto o materia propuesta
1.- Modifica la ley N°18.600 respecto del contrato de trabajo celebrado por personas con discapacidad mental	16/09/2015	10309-11	Cámara de Diputados - Moción - Dip. Marcela Hernando	Primer trámite Constitucional - Comisión de Desarrollo Social	Modifica artículo 16° de la Ley N°18.600, exigiendo que todo contrato que celebre la persona con discapacidad mental se ajuste a las disposiciones de la legislación laboral vigente.
2.- Sobre protección de la salud mental	09/03/2016	10563-11	Cámara de Diputados - Moción - Dip. Marcela Hernando	Primer trámite Constitucional - Comisión Salud	Se reconocen 15 derechos, adicionales a los consignados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley sobre derechos y deberes en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud.
3.- Modifica la Carta Fundamental para garantizar el derecho a la protección de la salud mental	09/03/2016	10564-07	Cámara de Diputados - Moción - Dip. Marcela Hernando	Primer trámite Constitucional - Comisión de Constitución	Modifica el artículo 19° número 9 de la Constitución incorporando el derecho a la protección de la salud física y mental.
4.- Establece normas de reconocimiento y protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad o discapacidad mental	15/06/2016	10755-11	Cámara de Diputados - Moción - Dip. Sergio Espejo	Primer trámite Constitucional	Iniciativa que presenta proyecto que da reconocimiento y protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad mental. Consta de 18° artículos relativos a la forma de atención de las personas con enfermedades mentales.

Conclusiones

De este modo, y considerando el ejemplo de Estados Unidos, se puede concluir que el diseño y la implementación de una legislación de paridad logró su concreción por la interacción de actores de un amplio espectro político, con testimonios biográficos relevantes y con una sensibilización continua en la materia, lo que logró posicionar la materia en la agenda. A diferencia de lo ocurrido en Chile, donde la temática aparece intermitentemente, los proyectos de ley han sido patrocinados solo por un segmento del espectro político, y no han existido testimonios dentro de las vocerías de poder.

Chile está dentro del 20% de países que no cuenta con una legislación específica en salud mental, a pesar de que el Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible del año 2007⁵⁴ dio cuenta que las enfermedades neuropsiquiátricas, principalmente la depresión y las demencias, son la primera causa de años de vida saludables (AVISA) perdidos.

Sin duda que la implementación integral podría ser eficaz en Chile para mejorar la protección financiera y aumentar la utilización apropiada de los servicios de salud mental para las personas con problemas de salud mental⁵⁵, a la vez que permitiría cumplir con la voluntad de las organizaciones internacionales nombradas a lo largo de este artículo, que han insistido en la necesidad de considerar, respetar y aplicar el enfoque de derechos para las personas con enfermedades mentales, pues es la mejor forma de evitar la discriminación, el estigma y la exclusión social.

No se debe olvidar que existe claridad que los tratamientos en salud mental son costo efectivos para los países y que las personas deben ser consideradas en su autonomía y dignidad, con base en una sociedad solidaria y respetuosa de las diferencias, donde las personas son sujetos de derecho y no objetos de protección.

⁵⁴ Ministerio de Salud, Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile (2008): Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

⁵⁵ Sipe, Ann Theresa et al. (2015): Effects of Mental Health Benefits Legislation. A Community Guide Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine 2015;48(6): 755-766.

Referencias bibliográficas

- Barry, Colleen, Huskamp, Haiden, Goldman Howard (2010). A Political History of Federal Mental Health and Addiction Insurance Parity. Johns Hopkins University; Harvard University; University of Maryland. *The Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 3, 2010 (pp. 404-433).
- Busch, Alisa et al. (2013). The Effects of Mental Health Parity on Spending and Utilization for Bipolar, Major Depression, and Adjustment Disorders. *American Journal Psychiatry* 170:2, February 2013.
- Ettner, Susan et al. (2016). The Mental Health Parity and Addiction Equity Act evaluation study: Impact on specialty behavioral health utilization and expenditures among “carve-out” enrollees. *Journal of Health Economics* 50 (2016) 131-143.
- Gitterman, Daniel et al. (2001). Does the Sunset of Mental Health Parity really matter? *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 28, Nº5, May 2001.
- Hernandez, Elaine, Uggen, Christopher (2012). Institutions, Politics, and Mental Health Parity. *Society and Mental Health*. American Sociological Association 2012.
- Herrera, Carolina-Nicole, Hargraves, John, Stanton, Gregory (2013). The Impact of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act on Inpatient Admissions. *Health Care Cost Institute*. Issue Brief 5, February 2013.
- Karg, Rhonda et al. (2014). Past Year Mental Disorders among Adults in the United States: Results from the 2008-2012 Mental Health Surveillance Study. *Center Behavioral Health Statistics and Quality*, October 2014.
- Kennedy, Patrick J, Fried, Stephen (2016). *A Common Struggle: A Personal Journey Through the Past and Future of Mental Illness and Addiction*. Penguin Random House, September 2016, United States of America.
- Kessler et al. (2005). Lifetime Prevalence and Age of Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593-602.
- Lipari, Rachel et al. (2016). America’s need for and receipt of substance use treatment in 2015. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality*. September 2016.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2015. Base de Datos. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/index.php> (Revisado en diciembre de 2016).
- Ministerio de Salud, Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile (2008). Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral (2011). Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile. Informe interinstitucional, ENETS 2009-2010.

- Ministerio de Salud (2009-2010). Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf> (Revisado en noviembre de 2016).
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2015). Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.
- Nguyen, Teresa, Davis, Kelly (2016). The State of Mental Health in America 2017. Mental Health America. Disponible en: www.mentalhealthamerica.net (Revisado en octubre 2016).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS, Ginebra, Suiza.
- Sipe, Ann Theresa et al. (2015). Effects of Mental Health Benefits Legislation. A Community Guide Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine* 2015;48(6): 755-766.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016). Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). Behavioral Health Barometer: United States, 2015. HHS Publication N°SMA-16-Baro-2015. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, RTI International (2012). Comparison of NSDUH Mental Health Data and Methods with Other Data Sources. CBHSQ Data Review. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. March, 2012.
- Sundararaman, Ramya: The Mental Health Parity Act: A Legislative History. Disponible en: <http://congressionalresearch.com/RL33820/document.php?study=The+Mental+Health+Parity+Act+A+Legislative+History> (Revisado en noviembre de 2016).
- U.S. Department of Health and Human Services (2016). Early Release of Selected Estimates Based on Data From the National Health Interview Survey, January-March 2016. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis/releases/released201609.htm> (Revisado en octubre de 2016).
- Verugheze, Jacob et al. (2015). Economic Effects of Legislations and Policies to Expand Mental Health and Substance Abuse Benefits in Health Insurance Plans: A Community Guide Systematic Review. *Journal Mentl Health Policy Econ.* 2015 Mar; 18(1): 39-48.
- Vicente, Benjamín, Saldívia, Sandra, Pihán, Rolando (2016). Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. *Acta Bioethica* 2016; 22 (1): 51-61.
- Vicente, Benjamín et al. (2006). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *American Journal Psychiatry*, Agosto 2006; 163: 1362-1370.
- WHO (2015). Mental Health Atlas 2014, country profile. Ginebra. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlasnmh/ (Revisado en octubre de 2016).