

SALUD MENTAL

Comisión Salud

1. Diagnóstico

A nivel mundial 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, además que 4 de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar) (WHO, 2004). Específicamente, los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad a nivel mundial (WHO, 2004).

En nuestro país, la realidad no es muy distinta, los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad. En el último estudio sobre Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en nuestro país, un 23,2% de los años de vida saludables (AVISA) perdidos están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. Dentro de las causas específicas de AVISA, los trastornos depresivos unipolares se encuentran en el segundo lugar y la dependencia de alcohol en el cuarto (MINSAL, 2008).

La prevalencia de síntomas depresivos en la población es de 17,2 %, de los cuales, las mujeres presentan una prevalencia de 25,7% versus el 8,5% de los varones (MINSAL, 2010). Junto a esto, se estableció una relación estadística entre nivel educacional y prevalencia de síntomas depresivos, dando como resultado que el nivel educacional más bajo presenta una prevalencia de 20,8%, nivel educacional medio 18,4% y nivel educacional alto 11,8%. (MINSAL, 2010). Por otra parte, en niños y adolescentes entre 4 y 11 años, la prevalencia total es de 27,8% (19,3% en niños y 25,8% en niñas) para cualquier trastorno psiquiátrico con impedimento (discapacidad psicosocial) (De la Barra, Vicente & Cols. 2012).

Otro dato relevante para comprender la realidad de la salud mental en nuestro país, es el gasto por licencias médicas. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) informó que el 27% de los días autorizados por licencia corresponden a Salud mental y del total del gasto en Licencias médicas, estas corresponden al 30% del total (MINSAL, 2016). En paralelo, en el sistema ISAPRE, en un periodo de seis años (2009 - 2014) se autorizaron en promedio un 46,7% de días del total de días solicitados por licencia por salud mental, mientras que, para las licencias por enfermedades no mentales, se autorizó en promedio 80,5% de los días solicitados (MINSAL, 2016).

En 2012, la Asociación Chilena de Seguridad mostró que las afecciones de salud mental de origen laboral aumentaron en un 87% en los últimos 12 años, representando un 24% del total de las enfermedades profesionales acogidas en la mutual (ACHS, 2013).

A partir de 1990 en nuestro país, se ha ido desarrollando una política de salud mental dentro del marco de salud pública. Es así como se han generado distintos planes nacionales: en 1993 el plan nacional de salud mental, el 2000 el primer plan nacional de salud mental y psiquiatría y actualmente se está desarrollando el segundo. El énfasis de los planes nacionales ha sido puesto en el desarrollo comunitario de salud, orientado hacia la integración social y la promoción de derechos tanto de la persona que padece la enfermedad como de su familia.

Sin embargo, la planificación desarrollada no se ha acompañado de un incremento sostenido en el presupuesto de Salud mental lo cual incide de sobremanera en la implementación de la política pública de salud mental. Si bien el presupuesto de salud mental se ha expandido, desde 1990 donde correspondía al 1% del presupuesto de salud, aún no logra superar el 3% en el año 2008, donde se inició la cobertura en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) de Depresión y esquizofrenia primer episodio. Actualmente el presupuesto de salud mental del MINSAL es 1,68% y aumenta a 2,3% con el acuerdo de colaboración financiera SENDA-MINSAL (MINSAL, 2016).

Al comparar el gasto en salud mental de los países OCDE para el año 2014, éste fluctúa entre un 5% y 18% del gasto total de salud. Lo cual dista bastante del 2,3% de nuestro país para el año 2016.

2. Objetivos

Fortalecer la política pública de salud mental desarrollando medidas a mediano y largo plazo que incidan en mejorar la calidad de vida de las personas.

3. Propuestas

PROPUESTA

Desarrollo de leyes específicas sobre salud mental que cumplan con los criterios establecidos en convenciones internacionales sobre derechos humanos, discapacidad y salud.

PROPUESTA

Aumento gradual y sostenido del presupuesto de Salud mental.

PROPUESTA

Articulación de trabajo interministerial e intersectorial para abordar problemáticas de salud mental de forma transversal.

PROPUESTA

Énfasis en políticas preventivas y promocionales de Salud mental.

PROPUESTA

Revisión sistemática de programas y normas técnicas que orientan el tratamiento de personas que padecen enfermedades de salud mental y psiquiatría.

PROPUESTA

Fiscalización adecuada de centros asistenciales y programas de tratamiento de patologías psiquiátricas que garantice los derechos humanos de los usuarios.

REFERENCIAS

- MINSAL. 2008. Informe Final Estudio De Carga De Enfermedad Y Carga Atribuible. <http://www.cienciasdelasalud-udla.cl/portales/tp76246caadc23/uploadImg/File/Informe-final-carga-Enf-2007.pdf>.
- MINSAL. 2010. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- MINSAL, 2016. Informe Grupo de Trabajo: Ley de Salud Mental para Chile.
- OCDE, 2014. Focus on Health, Making Mental Health Count. 2014.
- WHO. 2004. Invertir en Salud Mental. http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- WHO. 2010. Salud mental y desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84757/1/9789962642657_spa.pdf