

**SALUD MENTAL Y
DERECHOS HUMANOS:
LA SALUD DE
SEGUNDA
CATEGORÍA***

* Capítulo elaborado por Elisa Ansoleaga y Ester Valenzuela. Agradecemos el apoyo de los ayudantes de la Facultad de Derecho, Javiera Aravena y Nicolás Cachaña y a Ignacio Brunel, de la Facultad de Psicología, en la elaboración de este texto.

Hablando muy desde las enfermedades que he padecido y muchos hemos padecido, no le deseo una depresión a nadie. Pero sí me gustaría que Longueira tuviera que enfrentarse a ella desde el mismo sistema público de salud al que acudo. Que tuviera que pasar por el AUGE, que le dieran 3 sesiones con un psiquiatra (de 15 minutos cada una) y 6 con un psicólogo (3 una vez por semana y el resto mensual) y tuviera que pararse frente a su jefe (desearía también que tuviera uno) a explicarle que no es flojo sino que está enfermo (ojo). Desearía que le rechazaran la licencia, que tuviera que peregrinar por mil contralores en su ISAPRE intentando que le creyeran que la licencia no es trucha. Que no pueda cambiarse de plan en la ISAPRE por la “preexistencia” y que de ahora en adelante cada vez que vaya a un médico tenga que convencerlo de que lo que le duele no es porque está loco sino que tiene dolencias físicas reales. Que de ahora en adelante lo consideren “débil” aun cuando ya no esté pasando por una crisis. Que tenga que vivir con el estigma de haber sufrido (o sufrir de por vida) una enfermedad psiquiátrica. Que viva la depresión como cualquier otro chileno y que la tele dejara de tenerle pena. Eso sí le desearía. Porque cuando le pasa a un rico la gente se escandaliza. Porque cuando le pasa a un rico las cosas cambian... Camila Sepúlveda B.¹

¹ Radio BiobíoChile. La bajada de Pablo Longueira como candidato de la Alianza ha provocado una ola de debate no solo a nivel político, sino también de salud, respecto a la depresión como una enfermedad invalidante. En este contexto, una persona que ha sufrido depresión clínica compartió una descarnada opinión respecto de lo que significa sufrir esta condición psiquiátrica desde la perspectiva del sistema público de salud: BiobíoChile, “Me gustaría que Pablo Longueira enfrentara su depresión desde el sistema público al que acudo”.

SÍNTESIS

Las licencias por salud mental se convirtieron en 2008 en la primera causa de incapacidad transitoria en los usuarios del sistema público. Sin embargo, este tipo de licencias médicas presenta una tasa de rechazo mayor que aquellas presentadas por otros problemas de salud. Sin duda, Chile ha avanzado en las dos últimas décadas en materia de provisión de atención en salud mental, pero el Estado sigue estando al debe cuando se examina la situación de esta desde la perspectiva del cumplimiento de los estándares comprometidos en materia de derechos humanos.

La no discriminación es un principio básico de los derechos humanos y un elemento decisivo en materia de acceso a la salud. En virtud de ello, el Estado chileno se encuentra mandado a garantizar el acceso a la atención en salud mental en condiciones de igualdad, pero hoy en Chile aún se observan procesos de discriminación en la atención. Ejemplos de ello, son a) la brecha persistente entre la demanda de y el acceso a atención en salud mental; b) la falta de disponibilidad de atención primaria en salud mental: en 2011 existían 21 comunas y 486 establecimientos en los que el programa no tenía cobertura;² c) las importantes brechas en las horas de atención en salud mental disponibles en algunos territorios del país que coinciden con comunas socioeconómicamente vulnerables; d) un mayor rechazo de las licencias médicas derivadas de problemas de salud mental al compararseles con otros problemas de salud; y e) ausencia de planes y/o estrategias específicas para atender la necesidades de niñas y niños reconocidos como grupos vulnerables.

2 Datos Minsal, 2011.

Chile cuenta con un magro presupuesto destinado a salud mental, cuyo máximo ha alcanzado al 3% del total del gasto en salud (en países desarrollados, bordea el 10%), lo cual se relaciona con algunos de los procesos de discriminación mencionados en la atención en salud mental. Sin recursos suficientes, equitativos y sostenibles, así como sin políticas y estrategias con claros objetivos, plazos e indicadores, la promesa del acceso oportuno y de la calidad en la atención en salud mental es insostenible.

PALABRAS CLAVE: Discriminación en salud mental, Derechos humanos en salud mental; Observación 14 del PIDESC

INTRODUCCIÓN

Las movilizaciones de los últimos años dan cuenta de una ciudadanía más consciente de sus derechos y de las obligaciones del Estado. Hoy Chile reclama por el derecho a la educación: por las enormes e injustas desigualdades en materia de calidad y lo inaceptable del lucro sobre un bien público esencial. Sin duda, estos conceptos claves en la discusión sobre educación, es decir, el lucro y la calidad, serán enarbolados en nombre del derecho a la salud en el corto plazo.

El Estado tiene el deber de garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, existen deficiencias del sistema que vulneran esta garantía constitucional, tanto en términos generales como, de manera específica, en la dimensión de salud mental. El derecho constitucional a la salud solo se ha garantizado en Chile en términos básicos de acceso libre e igualitario a la promoción, protección y recuperación de la salud y de la rehabilitación del individuo,³ cuestión que no constituye el foco de este análisis pero que se abre como horizonte de estudios posteriores.

Este capítulo tiene por objeto instalar por primera vez en este *Informe* la situación de la salud mental y los derechos humanos. Por consiguiente, no pretende realizar un exhaustivo análisis epidemiológico ni de la jurisprudencia administrativa y legal sobre este tema, sino analizar la salud mental de la población desde la perspectiva de los derechos humanos. Para ello se presentan antecedentes sobre lo alarmante de la situación de salud mental en Chile; se describen las normas y tratados internacionales ratificados por Chile relativos a este derecho, así como también la normativa nacional vigente en materia de protección del derecho a la salud y, en particular, de la salud mental; se analiza el grado de cumplimiento de las obligaciones del Estado en relación al derecho a la salud mental; y se plantean recomendaciones en la materia.

Aun cuando en Chile se evidencian importantes esfuerzos por mejorar la atención en salud mental, constatamos un conjunto de inequi-

3 Constitución Política de la República, art. 19 N°9.

dades y de procesos de discriminación arbitrarios, evitables e injustos, que no solo pueden sino que deben ser remediados por el Estado en virtud de los compromisos que ha contraído. Cuando decimos que la salud mental es una salud de segunda categoría, aludimos al estatus legal, social, cultural y de protección de garantías que goza en comparación con la salud física. Se observan procesos de discriminación en la provisión de la atención en salud mental en relación al territorio y respecto a grupos vulnerables (como la infancia), además de diferencias en las tasas de rechazo de licencias médicas. En este capítulo, abordaremos, desde la perspectiva del goce de los derechos humanos, la presencia de estas inequidades en materia de atención en salud mental. Avanzar en materia de protección de la salud mental sin duda que redundará en buenos dividendos en los indicadores de salud, económicos y sociales; sin embargo, su urgencia está dada por tratarse de un derecho humano que no ha sido resguardado debidamente.

1. LA SALUD MENTAL COMO PROBLEMA DE INTERÉS PÚBLICO: MAGNITUD, CONSECUENCIAS Y COSTOS DERIVADOS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que una de cada cuatro personas desarrolla uno o más trastornos de salud mental en el transcurso de su vida y que el 75% de las personas que sufren estos trastornos en países de ingresos bajos o medios no recibe la asistencia o tratamiento necesarios.⁴ En 2010 se estimó que 176 millones de personas tenían problemas relacionados a la salud mental en la región americana. Ya en 2000, los problemas de salud mental representaban el 24% de la carga de enfermedad en la región, siendo la depresión la de mayor prevalencia entre las diferentes patologías, afectando al 20% de niños y adolescentes.⁵

La visibilización de los problemas de salud mental ha sido un proceso lento, empujado principalmente por los alarmantes indicadores de prevalencia a nivel internacional, el impacto de este tipo de patologías en indicadores de discapacidad y mortalidad evitables, el reconocimiento de la comorbilidad⁶ (co-ocurrencia) entre estos y otros problemas sociales y de salud, y la alta carga económica asociada a la disposición de servicios de atención y a la pérdida de productividad individual y de las organizaciones.⁷ Sin embargo, este tópico ha recibido escasa atención desde la perspectiva de los derechos humanos en Chile.

1.1. Magnitud del problema

La magnitud del problema de salud mental en la población chilena puede estimarse accediendo a diversos indicadores. Entre ellos, los datos reportados en las encuestas poblacionales, las cifras de acceso a los programas estatales de atención en salud mental y la emisión de licencias médicas como medida de reposo laboral.

En Chile, las condiciones neuropsiquiátricas se encuentran entre las cinco primeras enfermedades que generan años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad evitable (AVISA)⁸ al considerar ambos sexos,⁹ sumando un 23% del total de AVISA. Entre 1997 y 2007,

4 Organización Mundial de la Salud (OMS), mhGAP, Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, 2008, pp. 6-7

5 Mirta Roses Periago, "La salud mental: Una prioridad de salud pública en las Américas", *Revista Panamericana de Salud Pública* 18 (4-5), 2005, p. 223 y ss.

6 Presencia de más de un diagnóstico en un individuo simultáneamente.

7 Elisa Ansoleaga, *Sintomatología depresiva y consumo riesgoso de alcohol en trabajadores expuestos a factores psicosociales laborales adversos: Un asunto pendiente en salud pública*, Santiago: Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública, Doctorado en salud pública, 2013.

8 AVISA (DALYs): Discapacidad ajustada por años de vida. Indicador que incluye la suma de años potencialmente perdidos por muerte prematura y los años de productividad perdidos por discapacidad.

9 Ministerio de Salud (Minsal), Estudio carga de enfermedad y carga atribuible 2007, 2007, pp.

se observa un aumento considerable en las licencias relacionadas con enfermedades de salud mental, que se triplicaron en el sistema público y privado (de 662.676 a 1.714.830 en FONASA y de 128.600 a 388.139 en ISAPRES).¹⁰ En 2008, las licencias por salud mental se convirtieron en la primera causa de incapacidad transitoria en los beneficiarios del sistema público.¹¹ En 2011 las licencias por salud mental representaron un 18,6% del total de licencias tramitadas (1.030.233).¹² Dentro de las licencias por enfermedades psiquiátricas, el 55,1% se debió a episodios depresivos, el 21,3% a trastornos de ansiedad y un 15,1% a estrés grave y trastornos de adaptación.¹³

En 2011, las enfermedades por trastornos mentales y del comportamiento representaron un 19,3% del gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral, lo que equivale a \$32.977 millones. Esto significa una reducción leve respecto al año anterior, en que representó un 20,6% (\$33.347 millones). En ambos años fue el grupo que presentó un mayor gasto, superando a enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, traumatismos, envenenamientos, tumores, embarazo, parto y puerperio.¹⁴⁻¹⁵

Por otra parte, las licencias médicas por salud mental presentan las más altas tasas de rechazo, en comparación con las licencias por otros problemas de salud.¹⁶ Datos de la Superintendencia de Seguridad Social muestran que, en 2008, el sistema privado (ISAPRES) rechazó un 46% de las licencias por salud mental, mientras que FONASA lo hizo en el 29% de los casos, obteniendo en ambos sistemas la mayor proporción de rechazos.¹⁷ La licencia médica es un instrumento terapéutico, utilizado por los especialistas como un bien necesario para la recuperación de las personas. En consecuencia, la negación del derecho al reposo necesario constituye, en cierta medida, la denegación del derecho al mejor tratamiento disponible, así consignado por los especialistas. Por lo tanto, es posible afirmar que la salud mental es una salud de segunda categoría o goza de un estatus inferior comparada con otros problemas de salud.

7-8.

10 Gonzalo Miranda, Sergio Alvarado y Jay Kaufman, "Duración de las licencias médicas FONASA por trastornos mentales y del comportamiento", *Revista Médica de Chile* 140 (2), 2012, p. 209.

11 *Ibíd.*

12 *Ibíd.*

13 *Ibíd.*

14 *Ibíd.*

15 Estas cifras no consideran las licencias reclamadas a COMPIN, reliquidaciones y reconsideraciones efectuadas por las ISAPRES.

16 Alejandra Poblete, Informe sobre las licencias de salud mental. Análisis estadístico comparativo 1995-2007, Departamento de Salud Mental, Minsal, Santiago, 2008.

17 Superintendencia de Seguridad Social (2008); *El Mercurio*, "Licencias tramitadas por problemas de salud mental crecieron en 82% entre 2005 y 2007", 4 de julio de 2008.

Garantizar el financiamiento del sistema de atención en salud mental es clave a efectos de la sustentabilidad de la oferta. En este sentido, el escenario es desfavorable: en junio de 2012, se estimaba que ese financiamiento era menor al 3% del presupuesto total de salud.¹⁸ La OMS¹⁹ ha estimado que el presupuesto promedio destinado a salud mental de países en América del Sur (8 consultados) es de un 2,05%, variando entre el 0,2% y el 7%. Los datos para Chile lo ubican cerca de la media con un 2,1% (Argentina 2%, Perú 3%, Uruguay 7%, Brasil 2,4%, Ecuador 1,2%);²⁰ sin embargo, esta cifra, como se desarrollará más adelante, resulta insuficiente para cubrir las necesidades de atención y se encuentra distante de lo que el propio Ministerio de Salud de Chile estimaba necesario en 2000. En dicho año, el Minsal sostuvo que, para 2010, el gasto en salud mental debía bordear el 5% del presupuesto total de salud.²¹ Asimismo, propuso entonces como estrategia un aumento progresivo del 0,5% a 1,0% anual para así generar campañas preventivas y de promoción en salud mental, lo cual ahorraría gastos futuros en tratamiento.²² Si se comparan los presupuestos en la región latinoamericana con los de países desarrollados, observamos una distancia enorme que nos sitúa muy por debajo de países como Australia (9,6%), Reino Unido (10%), Suecia (11%), Nueva Zelanda (11%) y Estados Unidos (6%).²³ A la carencia de financiamiento se agrega la ausencia de una legislación que haga obligatorio el uso anual del presupuesto asignado a salud mental, exceptuando para las patologías seleccionadas dentro de las garantías explícitas en salud, las que corresponden tan solo a un 5% del total de problemas cubiertos por dichas garantías. En el caso del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, así como de los diversos programas de salud mental, su desarrollo arriesga cada año en virtud de las decisiones y prioridades que el Ministerio y sus respectivas autoridades adopten.

1.2. Consecuencias y costos derivados de los problemas de salud mental

Dada la magnitud del problema, es importante dar cuenta de las consecuencias y costos derivados de este. Los trastornos de salud mental, entre otras consecuencias, pueden dar lugar a traumatismos no inten-

18 Camila Valdés y Paula Errázuriz, "Salud mental en Chile: El paciente pobre del sistema de salud", *Claves de Políticas Públicas*, 11, Instituto de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales, 2012.

19 OMS, Informe WHO AIMS (World Health Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems) sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe, 2013.

20 Ibid.

21 OMS, Informe WHO AIMS sobre salud mental en Chile, 2007.

22 Alberto Minoletti y Alessandra Zaccaria, "Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia", *Revista Panamericana de Salud Pública* 18 (4-5), 2005.

23 OMS, Informe WHO AIMS sobre salud mental en Chile, op. cit.

cionales o intencionales y producir un gran estigma social y discriminación en la población afectada, lo que constituye una importante barrera para recibir tratamiento.²⁴

Ello se observa en los cuadros depresivos, que producen desesperanza y aislamiento social, repercutiendo negativamente en las relaciones sociales y familiares y dificultando la integración y/o el desarrollo de actividades cotidianas como el trabajo; afectan otros indicadores de salud, como la incidencia de enfermedades del corazón; se relacionan con el síndrome de dolor crónico; e influye negativamente –según se ha demostrado– en la adherencia a diversos tratamientos médicos, lo que puede agravar otros problemas de salud de base.²⁵ Una de las consecuencias comunes en la depresión es el suicidio: entre un 15% y un 20% de quienes padecen depresión fallecen de esta forma, lo que podría ser evitado si se contara con el tratamiento adecuado.²⁶ Chile ocupa el segundo lugar (solo siendo superado por Corea) en aumento de la tasa de mortalidad por suicidio (1995-2009) entre los países miembros de la OCDE (2011). La tasa de suicidio juvenil se duplicó en Chile entre 2000 y 2010, pasando de 4 a 8 por 100 mil habitantes.

El reconocimiento de los trastornos de salud mental como un problema de salud pública no lo ha transformado en un tema prioritario en la agenda política del país. Creemos que su análisis desde la perspectiva de derechos humanos puede favorecer su posicionamiento como problema relevante.

2. NORMATIVA NACIONAL E INTERNACIONAL

El derecho a la salud se reconoce en el artículo 19 N° 9 de la Constitución. Desde la entrada en vigencia de la constitución de 1980 ha mantenido intacta su redacción original; las interpretaciones doctrinarias y la normativa internacional a la cual Chile ha adherido han complementado los elementos involucrados en esta garantía constitucional. El Estado de Chile suscribió y ratificó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, PIDESC) que, en su artículo 12, reconoce el derecho a la salud estableciendo que: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”²⁷

24 Benjamín Vicente, Pedro Rioseco, Sandra Saldívar y otros, “Estudio chileno de prevalencia y patología psiquiátrica”, *Revista Médica de Chile*, 130(5), 2002.

25 Ansoleaga, op. cit., p. 17.

26 OMS, *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*, 2001, p. 30.

27 ONU, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado mediante resolución del 16 de diciembre de 1966, 2200A (XXI), en vigor desde el 3 de enero de 1976, art. 2.2.

Este precepto, imperativo en Chile, ofrece un reconocimiento mucho más amplio que el establecido en el contexto de la normativa constitucional nacional. El alcance de esta norma fue interpretado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, Comité DESC) a través de la Observación General N° 14. En esta se establece que “Si bien es cierto que las observaciones generales del Comité DESC no obligan jurídicamente a los Estados miembros del PIDESC, ellas tienen importancia en tanto se trata de un organismo técnico de expertos que elabora interpretaciones que pueden ser útiles para los Estados y los organismos internacionales a la hora de enfrentar el contenido del PIDESC”.²⁸

En la Observación N° 14 se indica, a propósito de lo establecido en el artículo 12 del PIDESC acerca del reconocimiento del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que, entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, deben figurar las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.²⁹

Tal como se explicitó en la Observación 14, el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de ellos. Es necesario destacar esta relación de interdependencia e indivisibilidad entre el derecho a la salud y otros derechos. Este vínculo implica que el no reconocimiento del derecho a la salud puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos.³⁰ Es importante también señalar la relevancia de los factores determinantes básicos de la salud, como la interrelación que existe entre la pobreza y la efectividad del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ya que los problemas de salud pueden ser tanto causa como consecuencia de la pobreza.³¹

La no discriminación y la igualdad son también principios básicos y fundamentales de los derechos humanos y elementos decisivos del derecho a la salud. Estos principios mandatan a los Estados a prohibir, prevenir y eliminar la discriminación en todas sus formas y a garanti-

28 Rodolfo Figueroa García Huidobro, *Revista de Estudios Constitucionales*, Centro de Estudios Constitucionales de Chile, Universidad de Talca, Talca 2013, artículo aceptado para publicación.
29 ONU, PIDESC, op. cit, art. 2.2.

30 *Ibid.*

31 ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General 14, párr. 12, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 22° periodo de sesiones, 2000.

zar a todas las personas el acceso a la atención de salud y a los factores y condiciones que contribuyen a la protección y promoción del derecho a la salud en condiciones de igualdad,³² e imponen a los Estados la obligación de reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de los grupos que generalmente afrontan dificultades especiales en el sector de la salud.³³

La obligación de garantizar la no discriminación requiere la aplicación de normas de salud específicas a determinados grupos de la población, porque, por lo general, esta marginación es la causa básica de las desigualdades estructurales fundamentales existentes en una sociedad y a la vez esa situación hace a esos grupos más vulnerables a la pobreza y a la mala salud.³⁴

El Comité DESC ha establecido que no se justifica la falta de protección de hecho o de derecho de los miembros vulnerables de la sociedad contra la discriminación en el sector de la salud. Aun en situaciones de limitación grave de recursos, el Estado tiene la “obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes”; asimismo, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud se debe impedir “toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos” (que no son exhaustivos), en especial en lo vinculado a “las obligaciones fundamentales del derecho a la salud”.³⁵

3. ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS PÚBLICOS EN SALUD MENTAL Y LOS PROBLEMAS DE DISCRIMINACIÓN

Este apartado describe las políticas y programas públicos de provisión de atención en salud mental, identifica brechas en la provisión del servicio que implican una clara discriminación de algunos grupos sociales y compara la estrategia actual con los estándares internacionales de DD.HH.

3.1. Políticas y programas públicos de atención en salud mental

En Chile, desde el retorno a la democracia en los años noventa, los gobiernos han puesto en marcha un conjunto de programas en el ámbito de la salud mental. Este trabajo se ha visto plasmado en la instalación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, un primero en 1993

32 *Ibíd.*

33 *Ibíd.*

34 *Ibíd.*, párr 19.

35 *Ibíd.*

y un segundo a partir de 2000.³⁶ A grandes rasgos, el segundo Plan³⁷ implicó el tránsito desde un modelo de atención hospitalaria cerrado a uno de carácter comunitario. La evaluación general es positiva si se compara el estado de la cuestión en 2005 con las condiciones anteriores, apreciándose un aumento del presupuesto en salud mental (de un 1.8% a cifras cercanas al 3% del presupuesto global de salud), la ampliación en la cobertura de atención, una mayor satisfacción de los usuarios³⁸ y la determinación de un conjunto de patologías prioritarias contenidas en los siguientes programas específicos: detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la atención primaria; tratamiento de la esquizofrenia; tratamiento y rehabilitación de alcohol y drogas; y reparación integral de salud y derechos humanos.³⁹ Sin embargo, se observan enormes inequidades en la distribución geográfica de los recursos de infraestructura, materiales y humanos, y en la entrega de servicios de salud mental. Junto con lo anterior, en 2005 persistían diversas resistencias de parte de los profesionales de la salud y dificultades estructurales tales como la ausencia de un sistema nacional de registro, una legislación que asegure sustentabilidad financiera del Plan y escasa cobertura a las necesidades de atención en salud mental infantil, entre otras.⁴⁰

A pesar de los esfuerzos desplegados por el Minsal para incorporar y dar relevancia al tema de salud mental en la agenda de salud pública, la evaluación de la iniciativa ATLAS⁴¹ en salud mental, de la OMS, sostuvo que el nivel de implementación de las políticas y programas del Plan, en la práctica, solo alcanzó entre un 20% y un 25% en 2005.

Otra deuda en relación a lo comprometido en el Plan de Salud Mental se refiere al reconocimiento estratégico que se dio al trabajo intersectorial, señalando que el sector salud coordinaría con otros sectores de gobierno y de la sociedad civil un conjunto de acciones específicas en los siguientes ámbitos prioritarios: escuelas, centros de trabajo, barrios y comunas, y personas en conflicto con la justicia. La OMS, al evaluar el Plan, reconoció que la estrategia intersectorial había sido parcialmente implementada y que no existen disposiciones legales o financieras en Chile para proteger a los usuarios de discriminación en el trabajo a causa de un trastorno mental.⁴²

Asimismo, desde el punto de vista de los DD.HH., la promulgación del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (en adelante, GES) esta-

36 El plan 2012-2020 no fue publicado como tal, sino que fue subsumido en la Estrategia Nacional de Salud.

37 Minsal, Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2000.

38 Minoletti y Zaccaría, op. cit., p. 355 y ss.

39 Minsal, Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, op. cit.

40 Minoletti y Zaccaría, op. cit.

41 OMS, Mental Health Atlas, 2005.

42 OMS, Informe WHO AIMS sobre salud mental en Chile, op. cit., p. 61.

blece una política enfocada en derechos de las personas que el Estado se compromete a cumplir. Esto pone en el centro de las políticas a las personas y las empodera en tanto sujetos de derecho con posición política, mejorando la equidad.⁴³ En el último tiempo, se ha producido un cambio en la manera de relacionarse entre el Estado y el receptor de las políticas públicas: ya no se piensa al receptor de servicios como un agente pasivo, como un beneficiario de una decisión de la autoridad producto del clientelismo o favorecido por la focalización establecida en la política. La nueva relación genera que las políticas públicas pasan a reconocer a las personas como titulares de derechos y establecen al Estado como principal agente obligado a respetar, proteger, promover y garantizar esos derechos.⁴⁴

En agosto del presente año las patologías cubiertas por la Ley de GES llegaron a 80, incluyéndose entre ellas el trastorno del ánimo bipolar, pero de igual forma la proporción de participación de la salud mental se mantiene alrededor de, 5%.⁴⁵ En cuanto a financiamiento, no se ha cumplido el objetivo de “aumentar desde 1,39% a 5% el porcentaje de presupuesto total de salud que es destinado a salud mental”.⁴⁶ Más aun, aunque no existen “cifras oficiales sobre el porcentaje actual del presupuesto en salud que se destina a salud mental”⁴⁷ (el último cálculo, realizado en 2008, arrojó un 3,1%), se estima que en junio de 2012 la cifra era inferior a 3%.⁴⁸ Extrapolando las consecuencias que los datos sobre financiamiento mencionados puedan tener en el derecho a la salud, se ha señalado que “el pleno disfrute del derecho a toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental está supeditado a la disponibilidad de una financiación para la salud suficiente, equitativa y sostenible”,⁴⁹ lo que el Estado chileno, según los datos expuestos, estaría trasgrediendo.

Sumado a lo anterior, persisten los limitados recursos de especialidades en el sector público, tal como señaló el informe de 2011 del INDH:⁵⁰ “es particularmente importante la insuficiencia de recursos y personal para atender las necesidades de salud mental a pesar de la alta prevalencia del problema en Chile”.⁵¹

43 Marcelo Drago, *La Reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos*, Santiago: Naciones Unidas, CEPAL, 2006, p. 65 y ss.

44 *Ibid.*

45 Valdés y Errázuriz, *op. cit.*, p. 2.

46 *Ibid.*, p. 4.

47 *Ibid.*

48 *Ibid.*

49 Asamblea General ONU, *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/67/302, 2012.

50 Instituto Nacional de Derechos Humanos, *Informe anual 2011: Situación de los derechos humanos en Chile*, 2011, p. 159.

51 *Ibid.*

3.2. Discriminación en la atención en salud mental: Descripción de algunos casos

3.2.1. Brechas en la provisión de la atención en salud mental: Discriminación territorial

El análisis sobre el acceso a la salud mental requiere considerar estándares y brechas. El concepto de brecha en salud mental equivale a la diferencia entre la oferta existente en salud pública destinada a salud mental y la demanda observada de parte de la población, medida en horas de atención en establecimientos públicos, número de profesionales según especialidad, y número de establecimientos de atención disponibles según territorio y población, entre otras variables.

En Chile se ha observado una significativa brecha en atención en salud mental.⁵² Vicente y otros⁵³ constataron en 2005 que sobre el 85% de los individuos con diagnóstico en salud mental no recibieron tratamiento de especialistas. La brecha de atención era de 44% para psicosis no afectiva, 50% para trastorno bipolar, 23% para trastorno de pánico, 28% para trastorno obsesivo compulsivo, 85% para consumo/dependencia de alcohol y 78% para los cuadros del espectro depresivo (46,2% para depresión mayor y 32,4% para distimia).⁵⁴ Estas brechas han sido explicadas por un conjunto de variables, incluyendo la falta de información en la población respecto a las enfermedades en salud mental, la estigmatización que acompaña a este tipo de trastornos, dificultades financieras y la falta de servicios de salud mental.⁵⁵ Las barreras a la atención tienden a ser más predominantes y a presentarse combinadamente en los grupos socioeconómicos desfavorecidos. Estos grupos presentan mayor prevalencia de riesgo en salud mental y un menor acceso a los servicios de salud. La pobreza y bajos logros educacionales son consecuencias posibles al no tratar una enfermedad mental a tiempo, además de generar daños sociales deteriorando aspectos en las relaciones familiares, que incluyen violencia doméstica y embarazos adolescentes.⁵⁶ En 2004, Saldivia⁵⁷ evidenciaba que, entre quienes reconocían necesitar atención en salud mental, la principal razón para no consultar era la carga financiera que representaba la enfermedad (43,6%), seguida del desconocimiento sobre acceso a la atención (dónde dirigirse para tratar su problema, 29%) y de la desconfianza en el personal que proporcionaba la atención en salud (22,2%).

52 Vicente, Rioseco, Saldivia y otros, op. cit.

53 Ibid.

54 Robert Kohn y otros, "Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: Asunto prioritario para la salud pública", *Revista Panamericana de Salud Pública* 18 (4-5), 2005, pp. 229-240.

55 Vicente y otros, "Carga del enfermar psíquico. Barreras y brechas en la atención de salud mental en Chile", *Revista Médica de Chile* 135 (12), 2007, pp. 1591-1599.

56 Ibid.

57 Sandra Saldivia y otros, "Use of Mental Health Services in Chile", *Psychiatric Services* 55 (1), 2004, pp. 71-76.

Datos presentados por Vicente y otros⁵⁸ revelan que solo un 13% de quienes presentaron trastornos de salud mental recibió servicios especializados de atención (durante los últimos 6 meses) y, en el caso de los trastornos severos, solo uno de cada cuatro. Casi la mitad de los casos recibió cualquier tipo de atención (47%), mientras que la atención en salud mental fue de 39%.

Por otra parte, datos del Minsal⁵⁹ muestran un importante crecimiento en el número de establecimientos incorporados al Programa de Salud Mental en Atención Primaria durante el sexenio (2004-2011). Se ha triplicado el número de establecimientos (448 en 2004, 1542 en 2011) y ampliado el programa a 54 nuevas comunas (269 en 2004, 325 en 2011). Sin embargo, en 2012 Chile no había alcanzado aún la cobertura total a nivel nacional (existían 21 comunas y 486 establecimientos en los que el programa no tenía cobertura) y se observaban importantes brechas en la provisión del servicio y fenómenos de discriminación por ubicación geográfica.

En el país existen brechas en el número de profesionales y la disponibilidad de horas de estos (en psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional, etc.), siendo posible identificar territorios que presentan peores indicadores en materia de disponibilidad de recursos para la atención como Maule, O'Higgins y Araucanía Sur.⁶⁰ En Maule existen brechas de 498 horas de atención en psiquiatría adulto, de 396 horas de atención en psiquiatría adolescente, de 1.544 horas de atención de psicólogos y de 782 horas de atención de enfermería.⁶¹ En O'Higgins hay brechas de 101 horas de atención en psiquiatría adulto, 318 horas en psiquiatría adolescente, 1.648 horas en psicología y 741 horas de atención en enfermería.⁶²

Dentro de la Región Metropolitana, las mayores brechas en horas de atención se aprecian en Metropolitana Sur Oriente con brechas de 516 horas en psiquiatría adulto, 426 horas en psiquiatría adulto y 1.631 horas en psicología.⁶³

En la Región Metropolitana, el territorio es claramente un factor de discriminación, ya que se constatan importantes diferencias en las brechas de recursos necesarios para la atención en salud mental. Ello se observa en las brechas en horas de atención disponibles (ver Tabla 1), lideradas por el servicio metropolitano sur y servicio metropolitano sur oriente en cuanto a horas profesionales, cantidad de profesionales requeridos y número de camas de corta estadía (ver Tabla 2). Como se

58 Vicente, Rioseco, Saldivia y otros, op. cit.

59 Minsal, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Actualización de la Red de Salud Mental, presentado en visita de directivos de salud mental de OMS/OPS a Chile, junio de 2012

60 *Ibíd.*

61 *Ibíd.*

62 *Ibíd.*

63 *Ibíd.*

puede apreciar en las Tablas 1 y 2, las zonas metropolitanas que presentan mayores brechas en horas de atención, profesionales y camas de corta estadía son las áreas sur y área sur oriente.

Tabla 1: Brechas en horas de atención disponibles por servicios de salud, Región Metropolitana

Servicio	Psiquiatras adultos	Psiquiatras inf. adol.	Psicólogos	Enfermeras	Ter. ocup.
M. sur	363	238	1397	728	1138
M. sur oriente	516	426	1631	1155	2028
M. central	127	110	214	637	999
M. norte	0	105	0	353	292
M. oriente	0	96	165	616	986
M. occidente	500	182	719	974	1659

* Las brechas se estiman por las horas de atención disponibles en relación a las demandadas. Una mayor brecha refleja una peor situación.

Fuente: Minsal, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Actualización de la Red de Salud Mental, presentando en visita de directivos de salud mental de OMS/OPS a Chile, junio de 2012

Tabla 2: Brechas de profesionales en salud mental y de camas corta estadaía en servicios de salud, Región Metropolitana

Servicio	Brechas de profesionales	Brechas en número de camas corta estadaía	
		Adultos	Adolescentes
M. sur	4346	64	14
M. sur oriente	5921	84	6
M. central	2529	70	7
M. norte	0	0	0
M. oriente	2439	60	2
M. occidente	3889	90	13

* Las brechas se estiman por las horas de atención disponibles en relación a las demandadas. Una mayor brecha refleja una peor situación.

Fuente: Minsal, Subsecretaría de Redes Asistenciales . Actualización de la Red de Salud Mental, presentando en visita de directivos de salud mental de OMS/OPS a Chile, junio de 2012

Más allá de la descripción de las brechas nos interesa generar una mirada comprensiva sobre el fenómeno de la distribución geográfica de los recursos de atención en salud mental. En tal sentido, es importante reiterar que la provisión de esta es tarea principal de los servicios de atención primaria de salud, cuya gestión está estrechamente ligada a las necesidades y capacidades particulares de cada municipio. Matus⁶⁴ proponen un modelo para analizar la gestión municipal considerando su nivel de complejidad (el conjunto interrelacionado de elementos, cuando no es posible que cada uno de ellos se relacione en cualquier momento con todos los demás debido a limitaciones en la capacidad de interconectarlos) y su calidad (entendida como una manera de reducir la complejidad).⁶⁵ Este modelo sugiere que los análisis

64 Teresa Matus, "Observar la complejidad: Un desafío a las políticas públicas", *Propuestas para Chile 2010*, Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2010.

65 A nivel municipal es posible evidenciar una complejidad externa (al relacionarse con sistemas mayores) y una complejidad interna (entendida como la diferenciación y cierre frente al ambiente). El concepto de calidad se entiende como la capacidad para reducir la complejidad. Se argumenta que la evaluación de los resultados de la gestión municipal debe considerar ambas variables, ya que el nivel de complejidad de la comuna, más las condiciones para la calidad de la gestión, determinarán su capacidad de actuar sobre los problemas sociales complejos

de la gestión municipal deben considerar ambas variables: el nivel de complejidad de la comuna sumado a los recursos de la misma determinarán en buena medida su capacidad de actuar sobre los problemas sociales complejos. Algunos municipios presentan una baja complejidad y disponen de muchos recursos, mientras otros se ubican en el polo contrario, con niveles de complejidad extrema y baja capacidad de gestionar recursos.⁶⁶ Por ejemplo, las comunas de Puente Alto, La Pintana y San Bernardo presentan una complejidad extrema, y, mientras las dos primeras se ubican en el umbral mínimo de condiciones para la gestión, la última presenta condiciones insuficientes.⁶⁷

Si se superponen las cifras sobre brechas en atención en salud mental entregados por el Minsal⁶⁸ a una caracterización de los territorios según el modelo propuesto por Matus,⁶⁹ se encuentra una fuerte coincidencia entre aquellas comunas con mayor complejidad y menor capacidad para la gestión, y aquellas que presentan mayores brechas en la atención de salud mental.

Para ejemplificar esta situación, hemos seleccionado seis comunas que se ubican en posiciones extremas del análisis elaborado por Matus: tres que presentan niveles de complejidad extrema (Puente Alto, San Bernardo y La Pintana) y tres de casi nula complejidad (Providencia, Las Condes y Vitacura). Las tres primeras pertenecen al sector sur, en particular el sur oriente, de la Región Metropolitana, donde se presentan las más importantes brechas en materia de atención en salud mental, por lo que se evidencia un sesgo de territorialidad que se correspondería con los datos entregados anteriormente respecto a las brechas de atención en salud mental.⁷⁰ Por el contrario, los sectores que gozan de mejores indicadores en materia de brechas coinciden con comunas que presentan una baja complejidad y mejores condiciones para la calidad de gestión, como Providencia, Las Condes y Vitacura.⁷¹

Las brechas en el acceso a salud mental se explicarían entonces por la falta de recursos y capacidades de algunos municipios en zonas específicas. La puesta en marcha del Plan de Salud Mental y Psiquiatría enfrenta dificultades de implementación según los lugares en que se inserta, en virtud de condiciones relacionadas a diferentes contextos, que pueden imponer dos restricciones: i) de recursos para entregar el servicio o ii) de complejidad de la población que atiende.

externos y aquellos internos que la diferencian del resto. En aquellas zonas geográficas que presentan mayores dificultades, la estructuración de las políticas públicas tiende a perjudicar a los municipios en vez de ayudarlos.

66 *Ibíd.*

67 *Ibíd.*

68 Minsal, Actualización de la Red de Salud Mental, *op. cit.*

69 Matus, *op. cit.*

70 Minsal, Actualización de la Red de Salud Mental, *op. cit.*

71 Matus, *op. cit.*

Ellas repercuten en una discriminación en el acceso a la salud mental, ya que no se cumplen las condiciones para generar un acceso igualitario en la población.

Siguiendo la tesis de Matus, es posible hacer una tipología de comunas que muestra que algunas tienen una mayor complejidad y disponen de menores recursos, mientras que otras, a la inversa, presentan menor complejidad y disponen de mayores recursos. Es posible, con los datos sobre brechas en la atención en salud mental, establecer un mapeo de la distribución territorial de estas. Al superponer ambos mapas (el del modelo de Matus y el de las brechas en atención en salud mental), se encuentra una clara coincidencia que permite ilustrar que la desigualdad social y la inequidad en salud van de la mano.

3.2.2. Grupos vulnerables

Los problemas de salud mental, además de su componente biológico, están socialmente determinados. En consecuencia, las diferencias en la distribución de los problemas de salud mental no es azarosa. En atención a ello, Benjamín Vicente y otros han identificado en Chile grupos específicos que requieren mayor atención y sobre los cuales es urgente actuar para evitar la reproducción de circuitos de violencia, pobreza e inequidad social. Uno de estos grupos es la comunidad mapuche, dentro de la cual, solo el 6,5% de aquellas personas que padecen trastornos psiquiátricos buscan alguna ayuda y ninguna acude a especialistas.⁷²

La OMS ha señalado como requisito esencial de la atención en salud mental que los servicios respondan a las necesidades de los grupos vulnerables y marginados de la sociedad, tales como las familias más desfavorecidas socioeconómicamente, las personas afectadas por VIH, mujeres y niños víctimas de violencia doméstica, la comunidad LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales), los pueblos indígenas, los migrantes, las personas privadas de libertad, los solicitantes de asilo, los supervivientes de actos violentos o los grupos minoritarios en un contexto nacional.⁷³ En Chile, la actual Estrategia Nacional de Salud (2011-2020) no menciona entre sus metas o estrategias programas dirigidos especialmente a algún grupo vulnerable.⁷⁴ En 2007 la OMS señaló que una de las principales falencias en el Plan de Salud Mental y Psiquiatría iniciado en 2000 eran los escasos dispo-

72 Vicente, Robert Kohn, Pedro Rioseco y otros, "Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile", *International Journal of Social Psychiatry*, 51(2) 2005.

73 OMS, Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, 66, Asamblea Mundial de la Salud, 2013, párr. 52.

74 Los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) o Centros de Salud Familiar (CESFAM) brindan atención a familias, mujeres y niños, pero no cuentan con planes especiales de atención para ellos.

sitivos de salud mental específicos para niños y adolescentes.⁷⁵ Recientemente, el Minsal ha publicado orientaciones programáticas⁷⁶ que hacen énfasis en la interculturalidad, en especial, en aquellos sectores en los cuales se observa una alta concentración de pueblos indígenas. En relación a esto, en 2006 el Minsal publicó una política específica acompañada de un reglamento con orientaciones a los servicios de salud de todo el país.⁷⁷ Sin embargo, a la fecha no se dispone de información pública que permita observar la efectividad y eficiencia de este componente del sistema, así como la valoración que los propios usuarios hacen de su implementación. En cuanto a la atención en salud en general, la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, señala, respecto a pueblos indígenas, que en territorios donde haya alta población indígena los prestadores de salud deberán asegurar el derecho a las personas pertenecientes a estos pueblos a recibir una atención de salud intercultural validada ante las propias comunidades, indicando el contenido mínimo del modelo de salud intercultural.⁷⁸

3.2.2.1. El olvido de la infancia

Si bien en la última década la legislación nacional de familia comenzó a permearse de los principios establecidos en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, y la jurisprudencia incorporó en su reflexión dichos derechos estableciendo como principio rector el interés superior del niño, las políticas públicas no han asimilado esos desarrollos, sobre todo en lo relacionado con el derecho a la salud mental en la infancia. Ha habido un reconocimiento a nivel de discurso que no se ha plasmado en el accionar del Estado.

Un claro ejemplo de esto es la Política Nacional de la Infancia y Adolescencia, y su Plan de Acción Integrado 2001-2010, que no tuvo real aplicación porque estableció metas sin especificar acciones concretas. Indicó la necesidad de elaborar y ejecutar políticas y programas nacionales de salud mental y física para los adolescentes, así como los objetivos e indicadores correspondientes, sin establecer las medidas concretas que el Estado debía realizar.

En junio de este año fue publicado en la página web del Minsal

75 OMS, Informe WHO AIMS sobre salud mental en Chile, op. cit, p. 6.

76 Minsal, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Orientaciones Para la Planificación Y Programación en Red, 2013.

77 Minsal, Fondo Nacional de Salud, Programa de Salud y Pueblos Indígenas, 2ª Ed., febrero de 2006.

78 Ley 20.584, art. 7, "... el cual deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; la existencia de facilitadores interculturales y señalización del idioma español y del pueblo originario que corresponda al territorio, y el derecho a recibir asistencia religiosa propia de su cultura".

el documento “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2013”,⁷⁹ fechado en “septiembre 2013”, en el cual se establecen acciones y objetivos en materia de salud mental adolescente, así como metas específicas para el intersector. Si bien esto constituye un avance, hay una omisión de acciones dirigidas al grupo etario entre los 4 y los 10 años. En todo caso, se debe rescatar que el Minsal haya establecido metas y acciones para intervenir oportunamente la población adolescente con problemas y trastornos en salud mental en su Plan 2013. El estándar que el gobierno se propone implementar para los adolescentes, que aún no es posible evaluar, debiera utilizarse para toda la infancia.

4. CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES INTERNACIONALES SOBRE EL DERECHO A LA SALUD MENTAL: LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD “ELIGE VIVIR SANO” EN EL MARCO DE LA OBSERVACIÓN 14 DEL PIDESC⁸⁰

Desde 2011, Chile cuenta con una nueva Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.⁸¹ La estrategia conocida como “Elige vivir sano” suma al plan nacional nuevos reconocimientos y propuestas interesantes, señalando objetivos específicos en materia de salud mental, tales como: disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental y disminuir la mortalidad adolescente generada por suicidios,⁸² entre otros. Asimismo, la estrategia reconoce como un problema la ausencia de estudios poblacionales sobre salud mental como línea base para la toma de decisiones. Por ello, propone medir en forma periódica la prevalencia de discapacidad poblacional asociada a los trastornos mentales.⁸³ Además, propone aumentar la cobertura de los equipos especializados y la utilización de instrumentos de pesquisa; mejorar la calidad de las intervenciones a través del aumento de la adherencia y cumplimiento de estándares clínicos; y elaborar una política nacional de salud mental en conjunto con el intersector.⁸⁴

Dado que nos interesa evaluar el nivel de cumplimiento del Estado

79 <http://www.minsal.gob.cl>

80 No nos es posible analizar el Plan nacional de salud mental y psiquiatría de 2000 del Ministerio de Salud porque no están disponibles las evaluaciones del mismo que se plantean como estrategias. Además, es debatible que sea este el modelo que sigan los profesionales en salud mental y las autoridades encargadas de ejecutarlo. Con todo, el plan recogería en su mayoría los elementos del derecho a la salud y las obligaciones que impone a los Estados la Observación General 14 del Comité DESC, que se concentran en el capítulo 1 “Valores y principios: Un modelo de acción”, capítulo 2 “Intersectorialidad y salud mental” y capítulo 3 “Acciones: Programa de salud mental y psiquiatría”.

81 Minsal, Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, 2011.

82 *Ibíd.*, p. 72 y ss.

83 *Ibíd.*, p. 76.

84 *Ibíd.*, p. 9.

chileno de sus obligaciones internacionales, a continuación presentamos un análisis de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (en adelante, la estrategia) en lo relativo a salud mental y del nivel de cobertura real contrastando con las obligaciones contenidas en la Observación 14 del Comité DESC.⁸⁵

La Observación 14 establece las obligaciones de vigilancia, evaluación y rendición de cuentas, disponibilidad y accesibilidad, señalando que toda estrategia o plan de acción nacional de salud deben considerar estos principios, que son indispensables para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. El objetivo detrás de esto es crear un clima propicio para el efectivo ejercicio del derecho a la salud.

Vigilancia: La vigilancia implica que se contemple la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia, lo cual no está establecido en la Estrategia.

Respecto a la obligación de evaluación, la Observación sostiene que “Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Solo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo”. Esto claramente no ha sido parte del *modus operandi* del proceso de gestación de la actual estrategia. La Observación también señala que el Estado tiene la obligación de rendir cuentas en función del cumplimiento o no de sus obligaciones y crear las condiciones propicias que faciliten el cumplimiento de sus responsabilidades.

Disponibilidad: La disponibilidad en salud mental implica que las instalaciones, bienes y servicios asistenciales deben estar disponibles en número suficiente en todo el territorio del Estado y que el personal médico y profesional esté capacitado, entre otras cuestiones. En esta materia, el Estado chileno cumple parcialmente, pues aun cuando en la estrategia se mencionan programas de capacitación de recursos humanos y se evidencia un aumento de instalaciones, bienes y servicios, ella misma⁸⁶ reconoce que hay una deuda en el aspecto de disponibilidad.

Según se constata en el Informe WHO AIMS, la falta de capacitación a profesionales se arrastra desde 2004.⁸⁷ En Chile no existen programas regulares de formación de pre o postgrado en salud mental para enfermeras y asistentes sociales. Si bien los psiquiatras cuentan con un programa de formación, el número de egresados al año es bajo.

85 ONU, Comité DESC, Observación General 14, op. cit.

86 Minsal, Estrategia Nacional de Salud, op. cit.

87 OMS, Informe WHO AIMS sobre salud mental en Chile, op. cit, p. 39.

Cabe señalar que tan solo el 2% de la malla de estudiantes de medicina se dedica a salud mental, 5% en enfermería y 3% de técnicos paramédicos. Solamente el 23% de médicos recibió capacitación en salud mental con una duración de dos o más días, y el 19% de técnicos paramédicos de postas rurales la obtuvo. Los terapeutas ocupacionales mantienen un número creciente de egresados y también cuentan con formación de pregrado en temas de salud mental de al menos un año. Por otra parte, los psicólogos cuentan con una amplia oferta de postgrados, los que no necesariamente remiten a las necesidades de atención de la población en salud pública.⁸⁸ Las brechas en relación a la falta de profesionales que existen en distintos territorios en nuestro país son considerables; entre las más altas se encuentran en la Región del Maule, la ciudad de Viña del Mar y la Región de O'Higgins.⁸⁹ Estos datos territoriales muestran que el elemento *disponibilidad* se ve gravemente afectado en ciertas zonas del país.

Accesibilidad: La accesibilidad significa que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos sin discriminación alguna, y considera cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad, y acceso a la información. La estrategia afirma que actualmente existe tratamiento de problemas de salud mental en todos los centros de atención primaria del país, aunque reconoce que no se dispone de mediciones de resultados específicos, por lo que no es posible confirmar con exactitud la calidad de la atención o la cantidad de horas de atención existentes en cada centro de atención primaria. Como bien señala la Observación General, la accesibilidad física dice relación con una cuestión geográfica y específicamente sobre acceso a los bienes, servicios e instalaciones de salud. La disponibilidad, en cambio, se refiere al deber del Estado de contar con una cantidad suficiente de instalaciones de salud, y su naturaleza depende de diversos factores, principalmente del nivel de desarrollo del país.⁹⁰ Tal como se evidenció en el análisis de la distribución geográfica de servicios de atención en salud mental, es posible evidenciar grandes brechas en horas de atención y en disponibilidad de profesionales en nuestro país, lo cual refleja limitaciones en la accesibilidad a la atención en salud mental.⁹¹

88 *Ibid.*

89 Considerando psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales; las brechas más altas en el país son en Maule (5.677 profesionales), Viña del Mar (4.754), O'Higgins (4.668), Coquimbo (3.619), Araucanía Sur (3.431), Ñuble (2.657), Concepción (2.416), Valparaíso (2.349), Reloncaví (2.180) y Biobío (2.163).

90 ONU, Comité DESC, Observación General 14, op. cit.

91 A modo de ejemplo, en el área metropolitana sur oriente y metropolitana occidente, existen brechas de atención de psiquiatría adulto de 516 horas y 500 horas, respectivamente. En cambio, en el área metropolitana oriente y metropolitana norte, la cobertura es en un 100% y no existe brecha. También en el área metropolitana sur y central hay un gran déficit, con unas brechas de 363 y 127 horas en atención, respectivamente.

La dimensión de acceso a la información comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con salud. Aun cuando se identifican esfuerzos⁹² en pro de este elemento en la estrategia, queda mucho por avanzar. Por ejemplo, la estrategia propone medir la prevalencia y discapacidad poblacional de los trastornos mentales y el nivel de funcionalidad asociado, pero reconoce la restringida información respecto a esa prevalencia en Chile y, particularmente, sobre la salud mental de niños y adolescentes,⁹³ y sobre discapacidad severa. Asimismo, se constata la ausencia de instrumentos de acceso público que evalúen los resultados específicos y globales de las diversas iniciativas, planes y programas de salud mental, así como de sus normativas, orientaciones técnicas, guías clínicas o reglamentos.

En consideración de lo anterior, postulamos que el Estado chileno cumple parcialmente con esta dimensión global, incumpliendo las obligaciones de vigilancia, evaluación y rendición de cuentas.

La accesibilidad sin discriminación de los bienes y servicios de salud mental se ve afectada por la distribución territorial de estos, tal como se señaló. La reforma de la salud (Ley 19.966) no contribuye a resolver el problema porque no se hace cargo de la desigualdad vinculada a la localización geográfica: en 2011 se contaba con 78 Centros de Salud Mental (COSAM) y 59 hospitales distribuidos de manera poco equitativa a lo largo del país y manteniendo una centralización en la Región Metropolitana. Llama la atención la pobre cobertura en las Regiones de la Araucanía y Coquimbo, en las cuales existen importantes prevalencias en problemas de salud mental (especialmente en la primera).⁹⁴ La accesibilidad sin discriminación se ve afectada también porque en el sistema público existe incertidumbre sobre la oportunidad de la atención y en el privado sobre la asequibilidad de la misma.⁹⁵

En el sistema público, las GES son un avance muy importante, en tanto permiten establecer garantías mínimas igualitarias de acceso a la salud, bajo condiciones de calidad, oportunidad y protección financiera obligatoriamente iguales para todos. Sin embargo, no se promueve una preocupación especial por los grupos vulnerables: el modelo no considera una discriminación positiva hacia esos grupos

92 Por ejemplo, la incorporación de nuevas patologías GES en julio de 2013 se ha acompañado de un proceso de difusión radial sobre esta y sobre los mecanismos de reclamos frente al incumplimiento de las GES.

93 Es importante tener presente que, de conformidad con el art. 6 de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, Niña y Adolescente, los Estados partes (entre los cuales se encuentra el Estado Chileno) se comprometen a “garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”. Asimismo, el art. 24 señala el derecho que asiste a todos los niños y niñas a “disfrutar del más alto nivel posible de salud y a acceder a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”.

94 Minsal, Actualización de la Red de Salud Mental, op. cit.

95 Drago, op. cit., p. 7.

ni una focalización de recursos especial en ellos.⁹⁶

Aceptabilidad: La aceptabilidad prescribe que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados. En la estrategia se entrega muy poca información relacionada con este elemento y nada se dice en relación a que los establecimientos, bienes y servicios sean respetuosos con la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades.

Calidad: este estándar significa que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud mental deban ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. En la estrategia se señalan como elementos para mejorar la calidad: la capacitación de los recursos humanos y una serie de convenios con instituciones de formación. Asimismo, se reitera que durante la década pasada se elaboraron diversas normativas, orientaciones técnicas, guías clínicas y reglamentos. Mejorar la calidad de las intervenciones en salud mental implica, para la actual estrategia, avanzar hacia el aumento de la adherencia y del cumplimiento de estándares clínicos. Se señala que en adelante se aumentará y vigilará el cumplimiento de los estándares propuestos en las guías técnicas, por lo que es posible identificar que el Estado se propone metas que buscan mejorar el elemento calidad relativo a la salud mental.

4.1. Obligaciones específicas de la Observación 14 del PIDESC en materia de salud aplicadas a la salud mental en Chile

La Observación 14 establece una serie de obligaciones específicas que concretan las contenidas en el artículo 12 del PIDESC. A continuación analizaremos aquellas que tienen relación con la salud mental en Chile.

Obligación de respetar: la obligación, aplicada al caso de las enfermedades mentales, significa que los Estados deben abstenerse de denegar o limitar la igualdad de acceso de las personas con discapacidad mental a los servicios asistenciales y a los determinantes básicos de salud. Las políticas públicas y la reforma en el sistema de salud (introducción de garantías GES) son manifestaciones del compromiso del Estado con el respeto de este derecho. La garantía de acceso se asegura solo para las patologías GES sobre salud mental, dejando a las patologías que no son cubiertas por el plan AUGE como enfermedades en las que no se garantiza el acceso igualitario en salud. Teniendo presente que la priorización de las patologías mentales incorporadas al plan AUGE será gradual, consideramos que a la fecha el Estado cumple parcialmente con la obligación de respetar.

Obligación de proteger: significa que los Estados deben adoptar

96 *Ibid.*, p. 60.

medidas para asegurar que terceros no vulneren el derecho a la salud de las personas con discapacidad. Incluye, entre otras, la obligación de parte del Estado de adoptar leyes para velar por el igual acceso a la atención en salud; porque la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología; adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables y que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y a los servicios relacionados con la salud.⁹⁷

En relación a esta obligación, se debe destacar la promulgación de ley de derechos y deberes del paciente (Ley 20.584), que sin duda constituye un avance importante. Dado el poco tiempo de vigencia de esta ley (inferior a un año), no es posible evaluar el funcionamiento de los procedimientos de reclamos de los derechos de los pacientes que la misma ley establece, que se complementan con normas constitucionales e internacionales.

Con la instalación de las GES, el Estado cumple con la medida de adoptar leyes para velar por el acceso igualitario a la salud. Al contemplar la capacitación de profesionales de la salud mental, se puede señalar que en la estrategia se advierten esfuerzos en pos del cumplimiento de la obligación de “asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología”. Sin embargo, la evaluación sobre los antecedentes disponibles muestra que la formación de profesionales sigue siendo una materia pendiente.

Por otra parte, el Estado no vela porque el sistema privado de salud no represente una amenaza para el cumplimiento de los elementos de derecho a la salud, permitiendo que persistan las intrínsecas discriminaciones en ese sistema: la selección por riesgo que realizan las ISAPRES y la dualidad en que se basa el modelo impiden aún el respeto de esta obligación. Las ISAPRES, que discriminan entre los afiliados al establecer planes de salud basados en riesgo individual y establecen diferencias en el valor de los planes por sexo y edad, empujan a la población más vulnerable y/o identificada como de mayor riesgo (adultos mayores, niños pequeños y mujeres) a migrar al sector público, configurándose una discriminación. La reforma de 2005 introduce en el mercado privado (terceros) un plan de salud básico explícito y obligatorio como contraprestación a las cotizaciones, cuestión que implica no entregar totalmente a los privados la decisión de qué elementos del derecho a la salud garantizar. Por ello consideramos que la obligación

97 ONU, Comité DESC, Observación General 14, op. cit., párr. 35.

de proteger se cumple parcialmente.

Obligación de cumplir: exige que los Estados reconozcan el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos, con miras a asegurar su realización efectiva. Para ello, deberán adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial, de fomento o de otra índole. Ejemplos de aquello son que el derecho a la salud esté adecuadamente reflejado en las estrategias y planes de acción nacionales en materia de salud, así como en otras políticas pertinentes y en el presupuesto nacional. En cuanto a esta obligación, se señala la importancia de adoptar leyes, políticas, programas y proyectos en materia de salud mental que consagren derechos humanos y de promover la salud mental en toda la sociedad, entre otras medidas.

La Estrategia Nacional de Salud (2011-2020) propone, entre otras medidas, elaborar una política nacional de salud mental en conjunto con el intersector. Es decir, cumple con reconocer la dimensión de la salud mental y proponer la elaboración de una política en la materia. Sin embargo, es importante destacar el incumplimiento que el Estado de Chile ha mostrado desde 2000 en lo relativo al trabajo intersectorial. El Plan de Salud Mental y Psiquiatría (2000-2010) dispuso que el sector salud coordinaría con otros sectores de gobierno y de la sociedad civil un conjunto de acciones específicas en los siguientes ámbitos prioritarios: escuelas, centros de trabajo, barrios y comunas, y personas en conflicto con la justicia. Ello se basó en que el trabajo intersectorial permite mejorar la eficiencia de las intervenciones en salud mental y el resguardo de los derechos de las personas con problemas de salud mental en diversos campos sociales. Sin embargo, como hemos mencionado, dicha estrategia fue evaluada en niveles de incumplimiento en 2005.⁹⁸

Por otra parte, las GES contribuyen al cumplimiento de esta obligación por medio de la adopción de medidas legislativas generales sobre salud, que mejoran el acceso a los recursos jurídicos apropiados: las patologías seleccionadas transforman en derechos exigibles el acceso, oportunidad y asequibilidad, pero no la calidad, lo que no permite afirmar que el derecho a la salud esté descrito adecuadamente.

Cabe señalar que la obligación de cumplir está estrechamente relacionada con la disponibilidad de planes específicos que puedan ser contrastados en función del logro de sus metas. Al respecto, llama la atención que el plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, correspondiente al decenio 2011-2020, y que constituiría el principal instrumento de planeación de la política pública para regular la provisión de la atención en salud mental, no ha sido oficialmente publicado, aun

98 OMS, Mental Health Atlas, op. cit.

cuando se realizó la consulta pública respecto de un primer borrador durante 2011. Hoy la política de salud mental en Chile se rige por la Estrategia Nacional de Salud, la cual no explicita mecanismos claros de evaluación de procesos y de logros que permitan medir el ejercicio del derecho que se garantiza. Y esa estrategia tampoco se pronuncia sobre la adopción de medidas presupuestarias en la provisión de atención en salud mental, toda vez que resulta indispensable la asignación de más recursos, siendo evidente la deuda que tiene el Estado con el financiamiento de la salud mental.⁹⁹ Por todo lo anterior, el Estado Chileno cumple parcialmente con esta obligación.

Junto con la obligación de cumplir, el Estado enfrenta otras obligaciones tales como la *de no discriminación e igualdad*: la que, en nuestra opinión, se incumple por la presencia de discriminación territorial y de acceso; de *no regresividad*: que alude a no retroceder en lo que se ha avanzado en lo relativo a políticas de salud, legislación y derechos; un ejemplo de esto se aprecia en la ausencia de un plan nacional de salud mental y psiquiatría para el próximo decenio, habiendo quedado subsumido por la Estrategia Nacional de Salud, lugar donde pierde preponderancia y profundidad el tratamiento del problema; de *evaluación*: que alude a constatar la efectividad de las medidas implementadas y que, en el caso de la Estrategia Nacional de Salud, es escasa, siendo reconocida como un déficit del sistema, al no existir información ordenada y sistematizada de evaluación de los planes; de *vigilancia y rendición de cuentas*: en el diseño de las GES, la rendición de cuentas toma la forma de exigibilidad legal, pues los titulares de estas cuentan con mecanismos de exigibilidad que varían según la naturaleza del incumplimiento, pero la garantía de calidad no es exigible todavía en el sistema de GES y las posibilidades de exigir el derecho respecto de otras patologías mentales son escasas; de *prevención*: en la Estrategia Nacional de Salud (2011-2020) no se advierten esfuerzos concretos en cuanto a la obligación de prevención: la estrategia persigue un trabajo interministerial (Salud, Deporte, etc.) pero se observa un bajo involucramiento de sectores fuera del área de salud en temas de salud mental¹⁰⁰ y falta de organismos específicos dedicados a la prevención en salud mental;¹⁰¹ y de *participación*. Respecto a esta última obligación, es importante destacar que el Ministerio publicó sometió a consulta ciudadana y de los equipos técnicos la propuesta del Plan Nacional de

99 En el artículo "Salud mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud" se señala lo dicho y además se señala que no se ha cumplido con la meta de que al menos 5% del presupuesto público en salud se destine a salud mental.

100 OMS, Informe WHO AIMS, 2007 op. cit. Por ejemplo, el bajo número de escuelas con psicólogos, la poca promoción y prevención en temas de salud mental, la baja tasa de profesionales de salud mental en recintos penitenciarios, la no existencia de programas que apoyen a personas con discapacidad para reintegrarse o encontrar vivienda, etc.

101 Minsal, Estrategia Nacional de Salud, op.cit.

Salud Mental y Psiquiatría (2011-2020), se realizaron jornadas zonales y macrozonales; sin embargo, dicho plan no ha sido publicado y se entiende, como hemos mencionado, que quedó subsumido en la Estrategia Nacional de Salud. De otra parte, en un estudio realizado para la CEPAL, Drago¹⁰² señala que el principal déficit de la reforma a la salud, desde el enfoque de derechos, es que esta se diseñó e implementó con una insuficiente participación ciudadana. Asimismo, se observa falta de información en la población chilena respecto a las enfermedades mentales y también sobre la estigmatización que pueda acompañar a los problemas mentales. En los niveles socioeconómicos bajos esto se manifiesta de mayor manera, ya que hay mayor prevalencia de riesgo y menor acceso a los servicios de salud.¹⁰³

CONCLUSIONES

El propósito de este capítulo ha sido contribuir al debate sobre la atención en salud mental desde la perspectiva de los derechos humanos. A propósito de lo aquí discutido, emergen diversos temas relacionados con la salud mental que requieren ser analizados en el futuro. Entre ellos, la situación de los grupos vulnerables; la justiciabilidad de la salud, a propósito de la discusión sobre la (in)constitucionalidad de los planes de salud privados; el déficit en el financiamiento en el sistema público, sumado a la segmentación y fragmentación del sistema de salud chileno, caracterizado por una administración financiera y provisión de atención compartida entre el sector público y el privado; la forzosa distinción entre un sistema de salud común y otro de salud laboral y cómo aquello no permite el real ejercicio de los derechos en salud mental; entre muchos otros.

Como conclusión reiteramos que *la salud mental es una salud de segunda categoría en sistema de salud*, si se consideran la mayor proporción de rechazo de las licencias médicas en comparación con otras patologías; la falta de financiamiento; su escasa representación en las garantías explícitas en Salud; y los datos sobre discriminación territorial de acceso y falta de atención especializada a grupos vulnerables.

Junto con lo anterior, el análisis de las políticas y de las prestaciones en materia de salud mental permite arribar a las siguientes conclusiones específicas:

1. La Estrategia Nacional de Salud carece de mecanismos claros para alcanzar las metas propuestas.

102 Drago, op. cit., p. 65 y ss.

103 Benjamín Vicente, et al. "Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de la Salud Mental en Chile" Revista Médica de Chile 135,(12), 2007, p. 1591-1599

Esta estrategia establece metas claras a alcanzar en salud mental, pero no define los métodos o los mecanismos mediante los cuales se cumplirán los objetivos propuestos. Resulta clave que estos instrumentos establezcan plazos e indicadores posibles de verificar, y que se dispongan los recursos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos.

2. Déficit e incumplimiento en las proyecciones del presupuesto en salud mental:

El gasto destinado a salud mental en Chile (hoy menor al 3% del presupuesto de salud) se encuentra muy por debajo de lo que destinan países desarrollados (aproximadamente 10%). Se constata, además, que el presupuesto destinado a salud mental en Chile resulta insuficiente para cubrir las necesidades de la población. El Estado Chileno incumple la meta del 5% que él mismo se propuso para 2010.

3. Sin recursos la calidad constituye una promesa insostenible:

Si bien la Estrategia Nacional de Salud propone avanzar en materia de calidad en salud mental, el instrumento señalado no presenta los mecanismos por los cuales se proporcionan los recursos para llevar a cabo dicho objetivo.

4. Discriminación territorial en la atención de salud mental:

Las importantes brechas en número de profesionales y en horas de atención disponibles, así como la distribución de estas brechas territorialmente, muestran un problema de discriminación de acceso a la salud mental que coincide con la disponibilidad de recursos y la capacidad de respuesta de los municipios de nuestro país.

5. Discriminación en grupos vulnerables: la salud mental en la infancia sigue siendo un tema pendiente.

La actual Estrategia Nacional de Salud no menciona en sus metas o estrategias la atención especial que requieren en salud mental los grupos vulnerables y, en particular, los niños y niñas.¹⁰⁴ Este déficit había sido detectado ya en 2007 por la evaluación realizada por la OMS.

La salud de los niños depende fundamentalmente de las condiciones socioeconómicas en las cuales nacen, crecen y viven; a su vez, estas condiciones dependen de la distribución de poder y recursos, siendo evidentes (como hemos señalado en el punto 4) las

104 Ver nota 74.

brechas existentes en los municipios más pobres del país. El Estado chileno no ha cumplido lo comprometido en la Convención Internacional de Derechos del Niño Niña y Adolescente en temas de salud y, concretamente, de salud mental: en la actualidad, ninguna de las acciones previstas en salud mental contempla a los niños menores de 10 años, con excepción de la propuesta de intervenciones comunitarias en establecimientos educacionales. Por consiguiente, en este punto la deuda es tan decisiva que, más que la calidad, está en duda la existencia de la prestación para ese grupo etario en materia de salud mental.

RECOMENDACIONES:

En razón de las conclusiones descritas anteriormente se recomienda al Estado:

1. Disponer de información pública y evaluable para responder a todos los estándares propuestos en la Observación 14 del Comité DESC, incluyendo las obligaciones específicas.
2. Publicar prontamente la política nacional sobre salud mental, para poder medir si se refleja adecuadamente el derecho a la salud mental en ella. La incorporación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría dentro de la Estrategia Nacional de Salud invisibiliza el tema y los mecanismos y estrategias para alcanzar los objetivos propuestos.
3. En relación a los planes: a) establecer estrategias concretas para alcanzar las metas; b) disponer los recursos necesarios para llevar a cabo las estrategias y en particular para garantizar la calidad de la atención, toda vez que se reconocen problemas en el financiamiento del sistema.
4. Informar y difundir en la comunidad la existencia de planes y programas destinados a la atención de la salud mental, y disponer de mecanismos expeditos y conocidos para efectuar reclamos por incumplimiento en las garantías explícitas en salud mental.
5. Garantizar que el lugar de residencia no constituya una barrera al acceso o a la calidad de la atención en salud mental, puesto que aquello implica una discriminación arbitraria.
6. Formular políticas públicas específicas para dar una respuesta

oportuna y pertinentemente a las necesidades de la infancia. Concretamente, aumentar los dispositivos de salud específicos para niños y niñas y establecer acciones de promoción y protección en materia de salud mental para todos los menores de 10 años, grupo etario representado solo marginalmente en las actuales políticas y estrategias.