**POR EL DERECHO A LA SALUD MENTAL SIN DISCRIMINACIÓN Y EN CONDICIONES DE EQUIDAD CON LA SALUD FÍSICA.**

*«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». OMS*

*No hay salud sin salud mental. OMS*

*La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. OMS*

1. **NUESTRA PRESENTACIÓN**

En CORFADICH no somos especialistas en Derecho ni en Salud Mental. Nuestra presentación se fundamenta en nuestra larga y dolorosa experiencia como personas con discapacidad psíquica y como familiares de personas con discapacidad psíquica. Nuestros conocimientos sobre los trastornos mentales graves y sus consecuencias discapacitantes los hemos adquirido en la práctica diaria. Hemos recorrido una y otra vez el duro camino que conduce a las consultas psiquiátricas y a las salas de urgencia de los hospitales psiquiátricos. Hemos experimentado hospitalizaciones durante meses, y a veces años, en clínicas privadas, si es que hay recursos para ello, y/o en hospitales psiquiátricos. Hemos vivido y fallecido en hogares y residencias protegidas. Hemos brindado y recibido cuidados y apoyos por largos años de parte de nuestros familiares y especialmente de nuestras madres, hermanas, esposas e hijas. Hemos luchado por muchos años por hacer visible en nuestra sociedad los problemas de salud mental que nos afectan y sus consecuencias discapacitantes. Hemos denunciado los abusos cometidos por parte del Estado y entidades particulares a los derechos de las personas con trastornos mentales graves y en situación de discapacidad psíquica y hemos luchado largamente en contra de la estigmatización, la discriminación y exclusión social que experimentamos cotidianamente.

Salvo escasas excepciones, hemos vivido y sentido el desamparo y el abandono de parte del Estado y la humillación de solicitar “como favor” que nos atiendan en la red pública de salud y en sus dispositivos de atención psiquiátrica, sobre todo cuando ya no poseemos los recursos para contratar una consulta o una hospitalización en instituciones privadas.

SALUD MENTAL; sólo dos palabras que involucran tanto, que nos atañe a todos, que está en todas partes y cuando se deteriora muchas veces es invisible para el resto de las personas y también para las autoridades.

Nos atañe a todos porque al dañarse la salud mental de una persona, toda la familia se ve afectada y nadie está libre de vivir esta experiencia.

Y está en todas partes, porque las estadísticas indican que el 31,5% (casi un tercio) de la población chilena mayor de 15 años ha tenido, tiene o tendrá un problema de salud mental en su vida.

**II- MAGNITUD Y GRAVEDAD DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL EN NUESTRO PAÍS**

Los problemas de salud mental pueden ser leves, moderados o graves:

* Según el Censo de 2017, el 5,5% de la población (722.290 personas) presenta trastornos moderados de salud mental y el 3,3% (463.374 personas) trastornos mentales graves (depresión mayor; trastorno bipolar; trastorno obsesivo-compulsivo; trastorno de pánico; estrés post-traumático; trastorno límite de personalidad; esquizofrenia; trastorno esquizo afectivo; trastorno dual; epilepsia). Es decir, aproximadamente, 1.200.000 personas presentan trastornos mentales moderados o graves.
* El consumo de alcohol afecta al 11% de la población y la drogadicción al 8,1%.
* La prevalencia de trastornos mentales (TM) en población mayor de 15 años es de más de 31% durante la vida y 22.6% en los últimos seis meses.[[1]](#footnote-1)
* En niños, niñas y adolescentes, el 22.5% sufre algún trastorno de SM[[2]](#footnote-2).
* Las condiciones neuropsiquiátricas (trastornos depresivos unipolares y bipolares, esquizofrenia, dependencia y consumo alcohol y drogas ilícitas, trastornos ansiosos, epilepsia, demencias, enfermedad de Parkinson, migraña, parálisis cerebral infantil y síndrome de déficit atencional del niño) son el subgrupo de enfermedades que más AVISA (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) concentra con un 23,2%, ocupando el primer lugar en gasto por licencias médicas[[3]](#footnote-3).
* El 21% de los/as trabajadores/as refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses: 16.7% hombres y 30.0% mujeres[[4]](#footnote-4).
* Existen particulares traumas psicosociales en individuos y familias provocados por acciones represivas efectuadas por agentes del Estado durante la dictadura cívico-militar, cuyos efectos se transmiten transgeneracionalmente. El PRAIS, programa orientado al tratamiento especializado del trauma psicosocial, reconoce actualmente 875.000 beneficiarios[[5]](#footnote-5).
* Más de un millón de chilenos sufre ansiedad y 850 mil tienen depresión según la OMS[[6]](#footnote-6)
* Producto del Estallido Social en octubre de 2019, reaparecieron situaciones de trauma psicosocial en personas, familias y comunidades debido a la represión efectuada por agentes del estado, agravando las condiciones de SM de la población.
* Finalmente, la Pandemia del Covid-19 y el confinamiento de las personas durante largos períodos contribuyó a un aumento de los problemas de SM, así como un empeoramiento o una recaída en las personas con trastornos preexistentes. En abril de 2021, un 23,6% de los chilenos presentaba sospechas o problemas de salud mental, y el 45,9% evaluaba que su estado de ánimo era peor o mucho peor que antes de la pandemia[[7]](#footnote-7).

**III. LAS RESPUESTAS DEL ESTADO**

Pese a la magnitud del problema, la Salud Mental ocupa una condición desmedrada, de “segunda categoría”, de “pariente pobre”, dentro de la visión y las acciones que realiza el Estado en materia de salud, partiendo de la determinación de prioridades y sus correspondientes asignaciones presupuestarias. Aunque los problemas de salud mental de la población chilena presentan una alta magnitud y gravedad, lo que los convierte en un tema de salud pública, el Estado destina menos del 2.2% del presupuesto público de salud a su resolución (Uruguay y Costa Rica: 8%), lo que evidencia claramente que desde el mismo Estado se discrimina a las personas con problemas de salud mental en abierta violación con los valores o principios de equidad y no discriminación que deben sustentar su quehacer.

La falta histórica de recursos financieros, humanos y de infraestructura destinados a salud mental ha tenido consecuencias graves: redes de atención y equipos interdisciplinarios de salud mental incompletos, déficits de cupos en Hospitales de día adultos (-*2.462 cupos*); en Hospitales de día Infanto-Adolescentes (-*529*); en camas de urgencia (*hay sólo 34 camas de urgencia psiquiátrica*) y en Hospitales de Corta estadía (*faltan 1.181 camas de cuidados intensivos de psiquiatría adultos y 261 para infanto-adolescentes),* de Centros Comunitarios de SM (-*120*); de hogares y residencias protegidas; déficits de acciones de promoción y prevención de SM; de cobertura (*en AP el 17% de la población potencial con TM accedió a tratamientos; menos del 19% de personas con depresión mayor recibió algún tipo de tratamiento y más del 50% con trastornos bipolares no fueron tratadas; brechas en psicosis no afectiva de 44.4% y en consumo de alcohol de 84.8%*); escasas acciones en materia de promoción y prevención. Todo lo anterior se traduce en concreto en deficiencias en la oportunidad, calidad e integralidad de los tratamientos; de seguimiento y cuidados continuos; en re-hospitalizaciones frecuentes y, finalmente, en la cronificación de los TM y consiguiente discapacidad psicosocial.

Chile tiene 10 camas psiquiátricas por cada 100 000 habitantes, mientras que Uruguay tiene 60, Argentina 67, Estados Unidos 167 y Canadá 197 camas psiquiátricas por cada 100.000 habitantes.

Deseamos reafirmar que sin salud mental no hay salud. El Estado tiene el deber de garantizar el derecho a la salud y, por consiguiente, también el derecho a la salud mental. Sin embargo, este derecho específico no se reconoce como tal y tampoco se cumple con las promesas del acceso oportuno y de la calidad en la atención en salud mental debido, entre otras razones, a;

(a) las brechas existentes entre las necesidades de atención y los recursos disponibles para satisfacerlas en los distintos niveles atención, situación que se agrava territorialmente en comunas socioeconómicamente vulnerables;

(b) una mayor discriminación negativa en la aprobación por los seguros públicos y privados de licencias médicas asociadas a problemas de salud mental en comparación con problemas de salud física; y

(c) ausencia de planes y/o estrategias específicas para atender las necesidades de niñas, niños y adolescentes reconocidos como grupos vulnerables.

**IV. NUESTRA PROPUESTA EN GENERAL**

Nuestra propuesta es que, para garantizar el derecho a la salud mental, el Estado debe contar con Políticas, Estrategias y Planes Nacionales de Salud Mental con claros principios, objetivos, metas, plazos e indicadores y con recursos presupuestarios suficientes y sostenibles, gradualmente crecientes en el tiempo, asignados respetando los principios de equidad y paridad entre salud física y salud mental. SIN SALUD MENTAL NO HAY SALUD

Por otra parte, la salud mental es una condición multideterminada por factores económicos, políticos, sociales y culturales (determinantes sociales), lo que implica considerar explícitamente la interdependencia de la salud mental y su relación con otros derechos, por ejemplo: los derechos a la privacidad, a la libertad personal, a la alimentación, al trabajo decente, a la vivienda digna, a la educación, a un nivel de vida adecuado, etc.

Igualmente, la salud mental debe comprenderse y abordarse en sus distintas dimensiones: individual, familiar, comunitaria y social. Hay que dar por superada la concepción biomédica de la salud mental y comprender que la persona que sufre psíquicamente es un ser único, en el que se integran sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

Asimismo, hay que considerar la existencia de graves daños en la salud mental y la presencia de específicos traumas psicosociales a nivel de individuos, familias y amplios sectores de la población que fueron objeto de sistemáticas y reiteradas acciones represivas ejercidas durante la dictadura cívico-militar, cuyos efectos se han transmitido transgeneracionalmente, situación agravada por las acciones represivas realizadas en contra de la movilizaciones sociales iniciadas en octubre de 2019 con consecuencias de muertes y daños físicos y mentales muy graves a grupos significativos. Por otra parte, la pandemia del Covid-19 puso en evidencia la naturaleza social del ser humano y la enorme importancia de los vínculos sociales en su vida y desarrollo. El confinamiento de las personas durante largos períodos de tiempo detonó un aumento de los problemas de salud mental de la población, sumándose a los ya existentes trastornos mentales comunes y el específico trauma psicosocial originado en la violación de los derechos humanos por agentes del Estado.

Por su masividad, sus determinantes y sus múltiples efectos sobre el desarrollo de la sociedad, la Salud Mental no es un problema solo de carácter individual, sino que también es un problema de Salud Pública, de Salud Social. Por consiguiente, queremos afirmar que el derecho a la salud mental no debe entenderse solo como un derecho humano individual, sino también como un derecho colectivo o social cuya satisfacción requiere de medidas y acciones colectivas. Por lo tanto, el Estado no sólo tiene el deber y la responsabilidad de promover, proteger, respetar y garantizar el Derecho Humano a la Salud Mental a nivel individual sino también el deber y la responsabilidad de ejecutar acciones que promuevan, protejan, respeten y garanticen el efectivo cumplimiento del derecho a la salud mental en sus dimensiones comunitarias y sociales, lo que hace necesario superar el modelo de salud pública asistencialista e implantar un modelo en que las acciones de promoción y prevención de salud mental tengan la misma importancia que las acciones dirigidas a los tratamientos y recuperación de las personas afectadas y a su plena inclusión social.

En consecuencia:

1. El Estado tiene el deber de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a una Salud Mental universal, gratuita y de calidad, sin exclusiones ni estigmas, en equidad de condiciones con la salud física y considerando sus determinantes sociales, asegurando el pleno respeto a los DD. H., la diversidad cultural, el enfoque de género y las diversas orientaciones sexuales. Lo obligan los Art 19, 20 y 21 de la Constitución, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (suscrito por Chile en 1969), la Convención sobre los derechos de las Personas en Situación de Discapacidad (suscrito por Chile en 2008), la Ley 20.609, Antidiscriminación, la Ley 20.422 de Normas de Inclusión Social y la Ley 20.584 de Derechos y Deberes en la Atención de Salud. La falta de interés del Estado por cumplir con su obligación es motivo suficiente para demandarlo.
2. El deber de hacer efectivo el derecho a la SM implica la obligación del Estado de adoptar medidas progresivas que permitan el disfrute de este derecho, facilitando y poniendo los medios necesarios para su realización.
3. Es obligación del Estado facilitar todas aquellas actividades conducentes a fortalecer las capacidades de las personas con problemas de SM y sus familias para expresar sus necesidades y anhelos de máxima recuperación.
4. Es deber del Estado apoyar con medios la organización de las personas con TM graves y en situación de discapacidad intelectual y psíquica y crear espacios y vías para su participación vinculante en la defensa de sus DD.HH., en la definición de prioridades en la formulación de programas que los involucre y en la ejecución y control de programas de promoción, prevención, tratamiento, recuperación, cuidados continuos, acceso a la vivienda, vida independiente e inclusión social.
5. Es obligación del Estado aumentar gradualmente en sus presupuestos anuales los recursos financieros, humanos y de infraestructura necesarios para garantizar la realización del derecho a la SM, asegurando siempre un nivel mínimo de satisfacción del derecho a la SM y, en segunda instancia, el aumento de la capacidad de respuesta del Sector Público a los requerimientos de SM en los distintos niveles de atención y territorios, respetando los principios de equidad y paridad.

Concretamente, se debe aumentar el presupuesto destinado a salud mental de 2,16% a 6% del presupuesto público total de salud antes del año 2026.

6. Fortalecimiento de la APS para la detección temprana de problemas de salud mental y el desarrollo de acciones de promoción y prevención en salud mental, tales como:

* Generar grupos de autoayuda apoyados en diferentes temáticas y según grupos etarios.
* Crear grupos de apoyo a las familias desde la comunidad y centros de salud, entregándoles capacitación e incorporándolos a los planes de trabajo de las organizaciones barriales, especialmente en los sectores rurales.
* Capacitar en SM a organizaciones y agentes comunitarios que participen en la salud y educarlas para trabajar en conjunto con oficinas gubernamentales.
* Apoyar a estas organizaciones en su empoderamiento con respecto al modelo de SM vigente.
* *Fomentar acciones de promoción y prevención de SM en colegios y universidades.*
* *Educar a la comunidad en cuanto al bullying*
* *Capacitación en DD.HH. y en el modelo social de la discapacidad, tanto a la comunidad como a los trabajadores de la salud, como forma de combatir el estigma y la discriminación que son víctimas las personas afectadas en su SM, yanto en su entorno como en su atención de salud.*

*7. Crear programas que incluyan, desde la infancia, medicina natural, medicina de nuestros pueblos originarios y terapias alternativas, como forma de disminuir el consumo a veces innecesario o excesivo de fármacos. Inquietud que nace por la gran cantidad de niños en tratamiento farmacológico por diagnóstico de hiperactividad u otros.*

*8.- Evaluación de nuevos proyectos inmobiliarios por parte de la Seremi de Salud, Vivienda y Desarrollo Social, teniendo en cuenta la salud mental y física de los residentes en el nuevo proyecto y en el entorno, previa participación de la comunidad en PLADECOS y Planos reguladores, con este mismo fin.*

*9.-Más camas de urgencia psiquiátrica en Hospitales Generales de Mediana y Alta Complejidad a lo largo del país, para disminuir las brechas en la atención de las personas que se enfrentan a una urgencia psiquiátrica, disminuyendo su probabilidad de deterioro, la que podría conducirlo a una situación permanente de discapacidad psíquica.*

*Un/a Asistente Social con la responsabilidad de seguimiento en este difícil proceso es de vital importancia, tanto para la dificultad del momento, como para la prevención del deterioro antes dicho.*

*10.-Más camas de corta estadía.*

*Luego de la hospitalización de urgencia, donde la persona es estabilizada, requiere ser atendida en una unidad de cuidado intensivo o corta estadía, para su evaluación, diagnóstico e inicio de tratamiento. Hoy, la falta de camas de corta estadía hace necesaria el alta prematura para permitir la circulación de pacientes. Y esta alta prematura es causa de frecuentes recaídas. Vemos entonces, pacientes ingresando y saliendo una y otra vez del hospital, (la llamada “puerta giratoria”) sin que hayan conseguido su recuperación.*

*11.-Asegurar la existencia de, al menos, un COSAM en cada comuna,*

*Con equipos multiprofesionales completos (psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermar@, trabajador/a social, monitor/a en áreas de interés de l@s usuari@s), para dar continuidad a los tratamientos y que estos dejen de ser principalmente farmacológicos, realizándose más acciones de rehabilitación psicosocial conducentes a la INCLUSION.*

*12.-Más presupuesto para hospitales psiquiátricos.*

*Hasta la implementación plena del modelo de psiquiatría comunitaria y la atención integral y hospitalización psiquiátrica en todos los hospitales generales, aún sin concretarse, es necesario que los hospitales psiquiátricos ya existentes reciban el financiamiento necesario para que cumplan con su rol como centros de hospitalizaciones de urgencia, cuidados intensivos, mediana estadía, tratamientos especializados de patologías graves y complejas y con su rol de investigación y docencia.*

*Es necesario modificar al Reglamento de la Ley 21331 que, yendo más allá de la Ley, planifica el cierre de los hospitales psiquiátricos.*

*13.- La implantación y desarrollo de un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, que asigne remuneración regular para el/la familiar cuidadora de personas con trastornos mentales graves y que brinde capacitación en cuidados y apoyos considerando lo complejo de esta actividad, entregando conocimientos en nutrición y alimentación, administración de fármacos, manejo de crisis, resolución de problemas, auto cuidados, entre otras materias.*

*Generalmente, la cuidadora es la madre, quien deja de trabajar para cumplir este rol; se empobrece, envejece, enferma y cada vez tiene menos capacidad para responder a las exigencias del cuidado y muere sin saber quién continuará cuidando a su familiar enfermo/a. Necesita ingresos, descansos, cuidados, atención psicológica, de salud y tratamientos.*

*14.-Hogares y residencias protegidas*

* *Con financiamiento público directo del Estado y administrados por organizaciones de familiares sin fines de lucro.*
* *Sin licitación pública de personas.*
* *Con utilización de inmuebles de propiedad fiscal (Ministerio de Bienes Nacionales)*
* *En viviendas construidas con este fin (Ministerio de Vivienda y Urbanismo), especialmente diseñadas para este propósito.*
* *Donde se apliquen estrictamente las Normas Técnicas y se fiscalice regularmente su cumplimiento. Normas que se deben cumplir y fiscalizar tanto en hogares y residencias públicas como privadas.*

*15.-Plan nacional de Salud Mental cuyo objetivo final sea la INCLUSIÓN SOCIAL de las personas en situación de discapacidad psíquica.*

*Que dé respuesta a problemas concretos, con programas anuales y metas claras y definidas, con financiamiento acorde y con instrumentos de evaluación y monitoreo.*

*16.-LEY DE SALUD MENTAL CON FINANCIAMIENTO ASOCIADO Y NO DE INICIATIVA PARLAMENTARIA.*

*Una Ley de Salud Mental de iniciativa del Poder Ejecutivo, con presupuesto para abordar todos los temas que sean necesarios para garantizar el derecho a una buena salud mental. Una Ley elaborada con amplia participación de la sociedad civil y de las organizaciones de y para personas en situación de discapacidad intelectual y psíquica. A nivel mundial, la mayoría de los países tienen una ley de salud mental.*

***CORFADICH***

*Diciembre 2022*

**www.discapacidadsiquica.cl**

**saludmentalcorfadich@gmail.com**

1. Fuente: Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. Vicente B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., Torres. S., Rev. Médica Chile, 2002. [↑](#footnote-ref-1)
2. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Flora de la Barra M., Benjamín Vicente P., Sandra Saldivia B., Roberto Melipillán A. REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(5) 521-529]. Tabla 3 [↑](#footnote-ref-2)
3. MINSAL. Informe Final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. 2007. [↑](#footnote-ref-3)
4. Fuente: MINSAL. ENETS 2009-2010) [↑](#footnote-ref-4)
5. Minsal. Subsecretaria de Redes Asistenciales. ORD Nº C11/2344 del 28 de julio de 2020 [↑](#footnote-ref-5)
6. http://www.latercera.com/noticia/mas-millon-chilenos-sufre-ansiedad-850-mil-tienen-depresion-segun-la-oms [↑](#footnote-ref-6)
7. UC y ACHS. Termómetro de la Salud Mental en Chile», Abril 2021 [↑](#footnote-ref-7)