

**INFORME
ANUAL
SOBRE
DERECHOS
HUMANOS
EN CHILE
2014**

© Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2014
© Ediciones Universidad Diego Portales, 2014
ISBN: xxx-xxx-xxx-xxx-x

Editor general
Tomás Vial Solar
Edición
Sergio Missana

Diseño
Felicidad

Impreso en Chile por
Salesianos Impresores S.A.

Universidad Diego Portales
Dirección de Extensión y Publicaciones
Av. Manuel Rodríguez Sur 415
Teléfono (56-2) 676 2000
Santiago de Chile
www.ediciones.udp.cl



Licencia Creative Commons: Reconocimiento – No comercial – Compartir igual: Los artículos de este libro se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons. Pueden ser reproducidos, distribuidos y exhibidos bajo la condición de reconocer a los autores / las autoras y mantener esta licencia para las obras derivadas.

Las opiniones, análisis, conclusiones o recomendaciones expresadas en los artículos corresponden a las y los autores.

**INFORME
ANUAL
SOBRE
DERECHOS
HUMANOS
EN CHILE
2014**

**CENTRO DE DERECHOS HUMANOS
FACULTAD DE DERECHO • UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES**



**EDICIONES
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES**

INDICE

Presentación	09
1. ¿Una nueva medida de lo posible? Verdad, justicia, memoria y reparaciones pos-dictadura.	21
2. La huelga, un derecho fundamental.	63
3. Trabajadoras de casa particular: invisibilizadas y discriminadas.	109
4. Territorios indígenas y política pública de entrega de tierra en Chile.	157
5. Diligencia debida: proyectos de inversión, propiedad sobre los recursos naturales y consulta libre, previa e informada a los pueblos y comunidades indígenas concernidos.	203
6. El impacto del sistema penitenciario en los derechos humanos: la percepción de las personas privadas de libertad.	245
7. Medio ambiente y derechos humanos: organismos genéticamente modificados y derechos del obtentor vegetal.	291
8. Derechos de los migrantes y refugiados.	333
9. Derecho a la salud mental: la infancia olvidada.	377
10. Derechos humanos de la infancia y adolescencia: política pública de protección de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.	417
11. El derecho a una educación inclusiva y de calidad para estudiantes en situación de discapacidad en Chile.	447

12. Homoparentalidad en Chile y derechos humanos. 477

Biografías autores Informe 2014 493

PRESENTACIÓN

El Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales presenta a la comunidad nacional su duodécimo *Informe Anual de Derechos Humanos*, relativo a los hechos ocurridos entre mediados de 2013 y mediados del presente año en diversos aspectos de los derechos humanos vigentes en Chile.

El *Informe*, que se elabora cada año, no pretende realizar un examen exhaustivo de en qué medida el Estado chileno cumple o no la totalidad de las obligaciones internacionales de derechos humanos, sino que tiene como propósito informar y analizar en profundidad, desde esa óptica, aspectos de nuestra vida social que consideremos de particular gravedad por su carácter estructural o que no han sido destacados con anterioridad, teniendo además en consideración las experiencias existentes dentro de la Facultad de Derecho de la UDP. De esta forma, el *Informe* se diferencia de otros estudios que poseen un carácter comprehensivo en materia de derechos humanos. Tampoco pretende este ser una publicación de carácter exclusivamente académico, que de cuenta en forma acabada de la literatura en un campo particular. Su vocación, desde su inicio, ha sido presentar, desde una perspectiva académica, sobre la base de un trabajo de investigación racionalmente fundado, una realidad social bajo la óptica de los derechos humanos, de modo que pueda ser fácilmente accesible para la comunidad nacional a la cual está dirigido. En la presente edición el *Informe* contiene 12 capítulos, los que se pasan a exponer sucintamente, junto con señalar algunas de las principales recomendaciones que en ellos se efectúan.

El *Informe* se inicia, como ha sido costumbre, con un capítulo titulado “¿Una nueva medida de lo posible? Verdad, justicia, memoria y reparaciones posdictadura”, a cargo de la investigadora Cath Collins y fruto del trabajo del Observatorio de Justicia Transicional (antes de Derechos Humanos) de la UDP, dirigido por la autora, relativo a las violaciones a los derechos humanos producidas durante la dictadura. Este capítulo permite efectuar comparaciones a través del tiempo en esta materia, y realiza un acucioso estudio de cómo se están llevando

a cabo los procesos penales producto de esas violaciones, mostrando que, en materia de verdad, justicia y de hacer efectivas las responsabilidades, aún falta un largo camino por recorrer, sin perjuicio de valorar positivamente los recientes anuncios del gobierno en esta materia. El capítulo sostiene asimismo que, aun en los casos excepcionales en que se han dictado sentencias definitivas con penas de cárcel efectiva, los beneficios otorgados a los presos representan con frecuencia una denegación de la escasa justicia aplicada. También se analiza la situación de las instituciones estatales relacionadas con la investigación y reparación, tales como el Instituto Médico Legal o la PDI, destacando los aspectos positivos y los problemas que se han dado en el transcurso del año. Respecto a estos diversos aspectos, la autora recomienda al Estado de Chile, entre otras cosas, la derogación o el dejar sin efecto la ley de Amnistía, el establecimiento de una instancia permanente de calificación de las víctimas y sobrevivientes de violaciones de DD.HH., y la provisión de asesoría y representación a las víctimas de tortura y prisión política.

Los derechos de los trabajadores y trabajadoras en Chile son el tema común de dos de los capítulos del *Informe 2014*. Los profesores César Toledo y Karla Varas, en el capítulo “La huelga, un derecho fundamental”, analizan acuciosamente—en relación a las normas internacionales—la actual normativa del Código del Trabajo respecto al derecho a la huelga, así como también la situación de los funcionarios públicos en esta materia. Los autores afirman que el panorama es bastante desolador, pues no solo existe una deuda en materia legislativa, sino también en el ámbito institucional y comunicacional, principalmente por la escasa y en algunos casos nula intervención del Estado para los efectos de dar una adecuada protección frente a los actos ejercidos por empleadores tendientes a mermar o anular el derecho de huelga, y por el tratamiento que recibe el ejercicio de este derecho por parte de los medios de comunicación social: resaltando situaciones puntuales de violencia invisibilizando el conflicto laboral de fondo que está detrás. Ante esta realidad, dos de las recomendaciones más relevantes son la de promover una reforma global a los Libros III y IV del Código del Trabajo y, con ello, a las normas que tratan sobre la huelga, teniendo como eje la libertad sindical en tanto derecho fundamental vital en toda democracia, por tratarse de una exigencia incumplida por el Estado de Chile, y consagrar el derecho de huelga dentro de las garantías contenidas en el artículo 19 de la Constitución Política, con alcance universal, admitiendo posibles restricciones o limitaciones en el caso de servicios esenciales, en el sentido estricto del término, de acuerdo a los estándares de la OIT.

La situación de las trabajadoras de casa particular (TCP) es el tema abordado por las investigadoras Lidia Casas y Helena Olea en el capítulo titulado “Trabajadoras de casa particular: Invisibilizadas y dis-

criminadas”. El propósito del capítulo es analizar la situación de las trabajadoras de casa particular en Chile a la luz de los estándares internacionales. En el análisis se consideran elementos fundamentales de la relación laboral de estas trabajadoras: contratación, salario, jornada laboral, dormitorio y alimentación, funciones o tareas, y violencia en el trabajo. Se aborda también la terminación de la relación laboral y la reclamación de derechos, ya sea en sede administrativa y judicial. Por último, se analizan los proyectos legislativos presentados y en discusión en el Congreso Nacional. En la investigación se aprecia también el importante aspecto migratorio que presenta hoy en Chile el trabajo doméstico. Las autoras concluyen que un régimen diferenciado en las condiciones laborales, de protección y reclamación de los derechos de las TCP, como el que existe hoy, perpetúa un subsidio de las más pobres y marginadas a quienes tienen más. Y que las actuales políticas migratorias facilitan el abuso. A fin de remediar estas graves violaciones a los derechos, las autoras recomiendan, entre otras cosas, garantizar la igualdad de derechos de las TCP con el resto de los trabajadores en lo relativo a la extensión de la jornada laboral, sin que medie un régimen de gradualidad, y diseñar y establecer un sistema que permita una efectiva fiscalización de parte de la Inspección del Trabajo de las condiciones de trabajo y habitación en que se desempeñan las TCP.

La problemática de los pueblos indígenas en Chile y el respeto de sus derechos humanos ha sido una constante de los diversos *Informes*. En este año se quiso analizar dos aspectos centrales de ella y que han sido además objeto de intenso debate público: la política de entrega de tierras y la exigencia de mecanismos de consulta libre, previa e informada respecto a los asuntos que afecten a los pueblos y comunidades indígenas en el contexto de proyectos de inversión en el norte de Chile.

La investigadora Antonia Rivas aborda el primer tema en el capítulo titulado “Territorios indígenas y política pública de entrega de tierra en Chile”. En él se analizan los estándares internacionales en materia de derechos territoriales de los pueblos indígenas, los derechos y mecanismos que contempla la legislación nacional al respecto, la política pública del Estado, las situaciones especiales de cada pueblo indígena, y los principales conflictos y puntos críticos asociados a las políticas de entrega de territorios. El estudio concluye afirmando que, lamentablemente, las propuestas elaboradas por la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato, así como las múltiples recomendaciones e informes formulados por diversos órganos internacionales para abordar esta situación, no han encontrado hasta ahora una real acogida en el Estado y la sociedad chilena. Junto con ello, las deficiencias de la legislación y en la política pública, en particular la operación deficiente del Fondo de Tierras y Aguas de la CONADI y la demora en la titulación de las tierras fiscales, indican que se trata de una política pública fuertemen-

te expuesta a presiones políticas, poco transparente, que no permite un control sobre los recursos públicos invertidos ni sobre los procedimientos utilizados para la restitución de territorios reivindicados por los pueblos indígenas. Se señala también que se trata de una política pública fuertemente reactiva a los conflictos ocasionados por algunas comunidades indígenas, basada en criterios mercantiles, que no tiene un procedimiento estructurado y transparente que permita dar solución definitiva a los problemas territoriales de los pueblos indígenas. Y, junto con ello, la sostenida negativa a considerar la restitución de los territorios ancestrales y a contemplar mecanismos de solución que consideren dichos territorios no permite augurar una mejor relación de los pueblos indígenas con el Estado de Chile. A fin de avanzar en la solución de estas demandas, se recomienda generar un proceso participativo, impulsando un diálogo con las comunidades indígenas del país, especialmente con el pueblo mapuche, para establecer las demandas de territorios, las políticas públicas de restitución de territorios y recursos naturales; incrementar los presupuestos destinados al Fondo de Tierras de CONADI, de modo de agilizar la restitución a los pueblos indígenas de las tierras de propiedad legal y/o ancestral de las que han sido privados; y considerar la utilización de nuevos mecanismos como la expropiación por causa de interés público, con el fin de garantizar la celeridad y efectividad de la acción del Estado en la restitución de las tierras de ocupación ancestral de los pueblos indígenas.

La exigencia de una consulta previa, libre e informada (CLPI) respecto a los actos que son susceptibles de afectar directamente a los pueblos o comunidades indígenas es el tema desarrollado por los investigadores Alonso Barros y Judith Schönsteiner en el capítulo “Diligencia debida: Proyectos de inversión, propiedad sobre los recursos naturales y consulta libre, previa e informada a los pueblos y comunidades indígenas concernidos”. El capítulo analiza, a la luz de la normativa internacional, especialmente del Convenio 169 de la OIT y de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (DNUDPI), y los estándares para empresas en materia de derechos humanos, la CPLI en relación a proyectos de inversión mineros en Chile; revisa el cumplimiento por Chile de las obligaciones internacionales en los procesos de adopción del reglamento del SEIA (DS 40), así como en el proceso de la “Mesa de Consenso” que reglamentó (mediante el DS 66) la CPLI en reemplazo del Decreto 124 de MIDEPLAN; y evalúa en qué medida dichos reglamentos están conformes al derecho internacional y si le permiten a Chile sostener ante la comunidad de naciones que ha cumplido con sus obligaciones internacionales en la materia. Se concluye que, tanto los procesos de elaboración de esos instrumentos como en lo sustantivo no se satisfacen los estándares impuestos por el derecho internacional. Ante esto, se recomienda dar

prioridad a la adecuación a los estándares internacionales de la regulación sobre CPLI e inversiones; especialmente, que se obligue a la CPLI de *todos* los actos administrativos y legislativos susceptibles de afectar a los pueblos indígenas. Además, el capítulo analiza los estándares requeridos por parte de los inversionistas, especialmente en los casos que el Estado no cumple con su deber de garante de los derechos de los pueblos indígenas. En ese contexto, se recomienda que las empresas mineras debieran cumplir con los estándares internacionales aun en situaciones en las que el Estado no requiere la consulta, tales como el otorgamiento de concesiones, derechos de aguas, o exploraciones.

Para el Centro de Derechos Humanos y la Facultad de Derecho de la UDP ha sido una constante preocupación el análisis de la situación de nuestro sistema carcelario y las políticas criminales desde la perspectiva de los derechos humanos. Este *Informe* no es la excepción: en el trabajo de los investigadores Olga Espinoza, Fernando Martínez y Guillermo Sanhueza, “El impacto del sistema penitenciario en los derechos humanos: La percepción de las personas privadas de libertad”, se aborda la situación de los derechos humanos en el sistema penitenciario de Chile, a partir del análisis de la relación entre política penitenciaria y derechos humanos, durante el último lustro, desde la doble perspectiva de los estándares normativos internacionales y de la opinión de las personas privadas de libertad. De esta forma, se logra contrastar el marco jurídico y de política pública, con los datos obtenidos a través de una encuesta de auto reporte, para establecer algunas hipótesis y delinear conclusiones y recomendaciones. En lo central se concluye que en Chile los avances en materia penitenciaria aún distan de ordenarse en un diseño de política pública integral, capaz de traducirse en una mejor satisfacción de las necesidades de las personas privadas de libertad y, con ello, en un mayor ajuste a los estándares internacionales de derechos humanos. Se señala que persisten problemas graves, como la sobrepoblación y consecuente hacinamiento de los internos en una considerable cantidad de cárceles. La mantención de este problema revela una inadecuada política estatal en materia de infraestructura penitenciaria, pero, por sobre ello, la carencia de una política criminal dirigida a potenciar los sistemas semiabiertos (Centros de Educación y Trabajo) y abierto. A fin de remediar estas falencias, se recomienda, entre otras cosas, fortalecer y diversificar los mecanismos de control externo de la ejecución penal, potenciando el rol del Programa de Defensa Penitenciaria de la Defensoría Penal Pública, así como intensificar el control jurisdiccional e instalar el Mecanismo Nacional de Prevención de la tortura; aumentar la inversión en mejorar la formación del personal institucional, tanto de oficiales como de suboficiales, así como del personal técnico. Ello incluye seguir incorporando transversalmente un enfoque de derechos humanos en la

formación de los gendarmes, avanzando hacia una mayor coherencia con la misión institucional (no solo de custodia, sino también de re-inserción) y hacia el desarrollo de perfiles de carrera diferenciados y oportunidades de formación permanente para su personal.

El análisis, desde una perspectiva de los derechos humanos, de los organismos genéticamente modificados (OGM) es el tema que aborda la investigadora Ignacia Mewes en su capítulo “Medio ambiente y derechos humanos: Organismos genéticamente modificados y derechos del obtentor vegetal”. En él se identifican y analizan los principales aspectos involucrados en el debate generado en torno a la utilización de organismos genéticamente modificados en la agricultura, y los riesgos socioeconómicos y ambientales que su empleo genera, así como las preocupaciones que surgen del consumo de este tipo de alimentos, incluyendo aquellos que contienen algún ingrediente o aditivo de esta naturaleza. Al respecto, el capítulo destaca la falta de transparencia que existió por años en nuestro país respecto de los cultivos transgénicos autorizados por el SAG, los pocos espacios de participación con que cuenta la ciudadanía, las carencias regulatorias e institucionales existentes en la materia, así como las dificultades que plantea para la conservación de nuestro patrimonio genético y para los derechos de los pequeños agricultores y comunidades indígenas la adhesión de Chile a la versión 91 del Convenio UPOV. A fin de remediar estas falencias, se recomienda, entre otras cosas, ratificar el Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología, dictar una Ley de Bases de Bioseguridad que sea fruto de un amplio consenso político y ciudadano, y dictar en el más breve plazo los reglamentos y resoluciones que están pendientes y que son necesarios para aplicar disposiciones legales relevantes en esta materia.

Una de las áreas más relevantes de la labor del Centro de Derecho Humanos de la UDP, manifestada en la existencia de una Clínica de Migrantes y Refugiados y en capítulos de *Informes* anteriores, es la realidad de migrantes y refugiados en Chile. En este año, el capítulo “Derechos de los migrantes y refugiados” fue elaborado por los investigadores Patricio Rojas y Víctor Hugo Lagos, los que realizan un diagnóstico de la situación actual de las personas migrantes y solicitantes de refugio que residen en el país, examinando, por una parte, las principales vulneraciones de derechos humanos producto de una normativa legal desactualizada y cómo se han abierto, estos últimos años, alternativas para la efectiva protección de estos derechos y, por otra parte, realizando un análisis acerca de la efectividad de la Ley 20.430, que establece disposiciones sobre refugiados en el país desde 2010. Se concluye, en base al tratamiento que los migrantes reciben por parte de la administración del Estado, que Chile necesita un cambio legislativo en la materia para responder al fenómeno migratorio actual. Chile

carece actualmente de una política migratoria clara y con un enfoque de derechos humanos, implementando soluciones parche que no han tenido una debida aplicación en los casos que lo ameriten. En materia de refugio, si bien la entrada en vigencia de la Ley 20.430 significó un gran avance en lo relativo a la temática y en general de la legislación relativa a los derechos humanos de las personas extranjeras en nuestro país, su aplicación, al menos hasta el 2013, no fue satisfactoria respecto a los estándares de derechos humanos, lo que provoca que Chile vulnere los instrumentos internacionales ratificados. En base a lo anterior, se recomienda que el Estado de Chile lleve a cabo un nuevo marco regulatorio en materia de migración, el que en su discusión y aprobación debe incorporar las recomendaciones del Consejo de Derechos Humanos y de los órganos de tratados; en materia de protección de refugiados, es necesario que elimine las prácticas arbitrarias que limitan el ejercicio pleno del derecho al asilo. Por último, se recomienda corregir las prácticas discriminatorias en frontera por parte de la PDI, en particular mejorando el monitoreo y la capacitación de los funcionarios.

En el *Informe 2013* se abordó una temática novedosa, al menos en Chile, en materia de derechos humanos: la salud mental como derecho humano. Este año, profundizando esta línea, las investigadoras Elisa Ansoleaga y Ester Valenzuela, en su capítulo titulado “Derecho a la salud mental: La infancia olvidada”, estudian cómo el Estado cumple sus obligaciones en esta materia particular. Para ello, el capítulo examina la situación relacionada con el estado de salud mental de niños, niñas y adolescentes (NNA) chilenos/as, analizando la oferta de programas públicos y las posibilidades de acceso a la promoción y a la atención en salud mental. Se concluye que los resultados son dramáticos y se constata la presencia de importantes inequidades sociales, que, mediante procesos de discriminación, impiden el acceso oportuno, equitativo y de calidad, vulnerando con ello los derechos de NNA. De esta forma, se afirma, el Estado está en deuda con un derecho que es fundamental para el desarrollo y ejercicio de otros derechos. A fin de remediar lo anterior, se recomienda, entre otras cosas, destinar más recursos para la prevención, promoción y atención en salud mental infanto juvenil de acuerdo con las características del sistema de salud del país y las necesidades de la infancia, evitando la discriminación social que hoy atraviesa la provisión de este servicio; elaborar una ley de protección integral de derechos de la infancia que incorpore dentro de su normativa la salud mental de NNA; y elaborar una política nacional de salud mental infanto-juvenil que establezca los recursos y mecanismos por los cuales se hacen efectivos y reclamables los derechos de NNA.

Los derechos de los niños, niñas y adolescentes son también materia de preocupación del capítulo de las investigadoras Camila de la Maza

y María Paz Riveros, titulado “Derechos humanos de la infancia y adolescencia: Política pública de protección de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes”. Su estudio se enfoca en el sistema de protección de derechos de NNA en Chile, observando la política pública infanto juvenil, a través de las normas que la conforman y el modo de operar del sistema, preguntándose si estos han dado una respuesta acorde a las recomendaciones que distintos organismos de derechos humanos han formulado a Chile, de acuerdo a las obligaciones que el Estado ha contraído. Se focaliza también en la situación de aquellos NNA que se encuentran bajo el cuidado del sistema de residencias. De este estudio se concluye que el Estado actúa aún a partir de la doctrina de la situación irregular, luego de 24 años de ratificada la Convención de Derechos del Niño, no logrando adaptar sus normas y sus prácticas a la protección integral de derechos; que no existe intervención estatal integral y sistemática que mire a la infancia como un todo, habiendo una carencia de una institucionalidad que pueda formular y aplicar la política pública, lo que se manifiesta, entre otras cosas, en que el Estado no cuenta con estadísticas que le permitan conocer exhaustivamente la situación real de los NNA intervenidos. Y, en materia de residencias, se concluye que aquellos NNA que se encuentran bajo el cuidado del sistema de residencias, están en una situación de grave vulneración de derechos. La constatación de estas realidades fundamenta que se recomiende dictar una ley de promoción y protección integral de derechos, derogando la actual Ley de Menores; fortalecer institucionalidad infanto juvenil con mayores atribuciones y presupuesto para que pueda efectivamente articular la política pública y realizar un adecuado trabajo intersectorial que permita un abordaje integral de las necesidades de NNA. Y en cuanto al sistema residencial, se señala que es urgente que se trate efectivamente de una medida de última ratio y excepcional, y en consecuencia se apliquen causales claras y específicas que funden la medida de separación con la familia de origen, determinando plazos para internación y efectivo control de la judicatura sobre ellos.

Otro aspecto de los derechos de niños, niñas y adolescentes que aborda el presente *Informe* es la cuestión de cómo el sistema educativo integra la realidad de los estudiantes con discapacidad. Las investigadoras Pilar Muñoz y Liliana Ramos, en su trabajo “El derecho a una educación inclusiva y de calidad para estudiantes en situación de discapacidad en Chile”, analizan aspectos relativos a la implementación de la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidad (CDPCD) en Chile, particularmente en lo referido al derecho a la educación en el sistema escolar, en los niveles de educación básica y media. El informe muestra que, si bien en Chile se evidencian avances respecto de los desafíos educativos planteados por la Convención, existen vacíos

importantes que deben ser abordados para asegurar el acceso y permanencia de las personas en situación de discapacidad en sistemas escolares inclusivos y con foco en el aprendizaje de todos y todas. Estos vacíos se agudizan por la ausencia de disposiciones legales efectivas que aseguren los mandatos de la CDPcD en materia de educación y por la presencia de instrumentos legales que no se ajustan a su enfoque sobre discapacidad y educación inclusiva. Se afirma que la realidad chilena es la de un país que mantiene un sistema de educación segregado para NNA con discapacidad, el cual convive con un sistema escolar común que, en forma parcial y voluntaria, ofrece algunos espacios para que estudiantes con discapacidad puedan ser parte de él. Para ajustar esta realidad a las exigencias del derecho internacional de los derechos humanos, se recomienda, entre otras cosas, alinear los diversos instrumentos legales que brindan orientaciones sobre la inclusión de estudiantes con discapacidad a los planteamientos de la CDPcD. La Ley 20.422 debiera ser más robusta al establecer el derecho de los estudiantes con discapacidad a una educación básica y media inclusiva, que asegure la no discriminación por motivos de discapacidad; urge la creación de políticas que hagan valer los planteamientos de la CDPcD y de la Ley 20.422 en el ámbito educativo; y el Decreto 170 debiera reformularse, eliminando el enfoque clínico que lo sustenta, que asocia en forma directa las necesidades educativas especiales a la presencia de déficits o trastornos. También aparece como necesario instalar, en términos comunicacionales y de decisiones educativas, el enfoque de la educación inclusiva como un asunto que le compete a la educación general, en que la educación especial puede actuar colaborativamente, pero no como responsable.

Otra temática que ha sido constante en los *Informes* anteriores son los derechos de las personas LGTBI. En este año, los investigadores Juan José Álvarez y Tomás Vial, en el capítulo “Homoparentalidad en Chile y derechos humanos”, abordan cómo el Estado asegura el igual ejercicio de la parentalidad y maternidad en Chile, tanto en filiación y adopción como en procesos de fertilización asistida, de hombres y mujeres gay, lesbianas y trans. Se concluye que hoy la normativa chilena desconoce y niega ese derecho a esa parte de la población chilena, lo que constituye una infracción a los compromisos que Chile ha tomado con la comunidad internacional. Para remediar esta situación, se recomienda establecer, tanto en el proyecto de Acuerdo de Vida Pareja como en cualquier proyecto futuro de matrimonio igualitario, la igualdad de condiciones de parejas del mismo sexo con las heterosexuales en materia de cuidado y tuición de los hijos; la dictación de una ley que asegure a todas las personas un igual acceso a las técnicas de fertilización asistida, incluyendo a las personas LGTBI y a las parejas del mismo sexo; y modificar la ley de adopciones en el sentido expreso

de reconocer a las personas LGTBI como posibles adoptantes y, en el caso de parejas del mismo sexo, que su tratamiento sea igual al de las heterosexuales.

La publicación del *Informe de Derechos Humanos 2014* no hubiera sido posible sin el dedicado esfuerzo de los autores de los diversos capítulos que este contiene, así como el de numerosos ayudantes alumnos de la UDP. El Centro de Derechos Humanos quiere agradecerles a todos y a todas este esfuerzo mancomunado. Se agradece en particular a Susana Kuncar, periodista de la Facultad de Derecho, sin la cual el *Informe* no podría ser difundido, y el valioso trabajo de organización y apoyo prestado por Carmen Gloria Álvarez. También quisiéramos destacar el dedicado y acucioso trabajo de edición de Sergio Missana, que tendrá siempre algo que decirnos sobre nuestra forma de escribir y en ayudarnos a transmitir mejor nuestro análisis, y la generosa colaboración de los ayudantes Sebastián Latorre e Israel Meliqueo en este aspecto. Se agradece, finalmente, a Felipe Gana y Matías Rivas, de Ediciones UDP, por su valioso apoyo en la edición de este *Informe*, así como a la misma Universidad por apoyar económicamente su publicación.

Dr. Tomás Vial Solar
Editor General

Dra. Judith Schönsteiner
Directora del Centro de Derechos Humanos de la UDP

DERECHO A LA SALUD MENTAL EN CHILE: LA INFANCIA OLVIDADA¹

Es doloroso no obtener respuestas cuando tu hijo adolescente quiere quitarse la vida. No sabes qué hacer, dónde ir. La frialdad del sistema decepciona, porque sin recursos es como si la vida de tu hijo valiera menos...²

La salud pública ha logrado algunos éxitos notables en las últimas décadas, sobre todo en lo relativo a reducir la frecuencia de muchas enfermedades de la infancia. Sin embargo, salvar a nuestros niños de estas enfermedades para que caigan víctimas de la violencia, o para perderlos más adelante a manos de sus parejas, por la ferocidad de las guerras y los conflictos, o por lesiones autoinfligidas o víctimas del suicidio... sería un fracaso de la salud pública.

DRA. GRO HARLEM BRUNDTLAND.³

¹ Por Elisa Ansoleaga y Ester Valenzuela. Las autoras manifestamos nuestro especial agradecimiento a Estela Ortiz, Soledad Larraín, Paula Bedregal y Jaime Fontbona, quienes con sus diversas contribuciones permitieron ampliar el horizonte de reflexión de este capítulo. Asimismo, este contó con la valiosa colaboración de Javiera Aravena y Soledad Castillo y con la participación de Nicolás Cachaña, Francisca Pino y Vicente Martínez.

² Extracto de entrevista a mujer de 34 años, usuaria del sistema público de salud.

³ Gro Harlem Brundtland, Ex Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Extracto del prefacio sobre el Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud, 2002.

SÍNTESIS

En este capítulo se examina la situación relacionada con el estado de salud mental de niños, niñas y adolescentes chilenos/as, analizando la oferta de programas públicos de promoción y las posibilidades de acceso a la atención en esta materia. Los resultados son dramáticos. Se constata la presencia de importantes inequidades sociales que, mediante procesos de discriminación social, impiden el acceso oportuno, equitativo y de calidad, vulnerando los derechos de niños, niñas y adolescentes. El Estado está en deuda con un derecho que es fundamental para el desarrollo y ejercicio de otros derechos. No hay salud sin salud mental y no hay ejercicio efectivo de otros derechos sin salud. Hace un cuarto de siglo Chile adquirió compromisos internacionales en la materia. Ante ello surge la pregunta: ¿está dispuesto el Estado a invertir en un grupo que sigue siendo invisible a los ojos del sistema político?

PALABRAS CLAVE: salud mental; derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, inequidad social en salud.

INTRODUCCIÓN

La atención en salud mental presenta importantes brechas que generan discriminación en grupos de población vulnerable. Muchos de ellos han sido identificados como excluidos o vulnerados en sus derechos fundamentales, entre los cuales cobra particular relevancia la salud mental en la infancia y adolescencia.⁴ A la falta de evidencia sobre la acción del Estado que permita evaluar el cumplimiento de los estándares de compromisos internacionales en atención en salud mental⁵ se suma la carencia en materia de investigación para conocer la situación actual del problema, siendo la investigación científica un insumo básico para el diseño y evaluación de cualquier política pública.⁶ En el último *Informe sobre la salud en el mundo* (2013),⁷ la OMS instó a generar mejor investigación para favorecer el cumplimiento de la cobertura sanitaria universal. Así, señaló que “las investigaciones pueden ayudar a trazar el rumbo hacia la mejora de los resultados sanitarios y la reducción de la pobreza, pero para tener éxito deben contar con el respaldo nacional e internacional”.⁸

A pesar del déficit en investigación, los datos disponibles permiten constatar la gravedad del problema de salud mental en la infancia y adolescencia, y, sobre todo, la medida en que al daño en la salud mental le antecede, de manera única o agregada, un conjunto de determinantes sociales, como el nivel de educación o el ingreso económico de los padres.⁹ ¹⁰ De este modo, personas que se ubican en los escalones bajos

4 *Informe 2013*, pp. 165-184.

5 *Íd.*

6 Elisa Ansoleaga, “Investigación y políticas públicas, una necesidad urgente para Chile: El Fondo para el estudio de las políticas públicas como instrumento de gestión de proyectos”, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, 2005.

7 OMS, *Informe sobre la salud en el mundo. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*, 2013.

8 *Íd.*

9 Tom Fryers, David Melzer y Rachel Jenkins, “Social Inequalities and the Common Mental Disorders: A Systematic Review of the Evidence”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38 (5), 2003.

10 Ricardo Araya, Glyn Lewis, Graciela Rojas y otro, “Education and Income: Which is More

de la gradiente social tienen problemas de salud mental más graves que quienes se ubican en las posiciones superiores y a su vez tienen un peor acceso a la atención. Por ello, si interesa combatir la desigualdad social y avanzar en materia de equidad,¹¹ hacerse cargo de la provisión de atención en salud y de la promoción de la salud mental infantojuvenil es una tarea urgente. Este capítulo aborda los problemas de las prestaciones en salud mental en la infancia, concibiendo a esta como un grupo vulnerable en Chile, desde un análisis de las actuales políticas públicas, normativa vigente y lo que efectivamente el Estado entrega a los niños, niñas y adolescentes (en adelante, NNA) en esta materia.

Tradicionalmente no se ha concebido a los niños y niñas desde una perspectiva de derechos. Por lo mismo, las regulaciones nacionales e internacionales y las políticas públicas que involucran a la infancia han ignorado la necesidad de visibilizarlos e incorporarlos atendiendo sus características especiales. Luego de la Convención Internacional de Derechos del Niño, Niña y Adolescentes (en adelante, CIDN), a nivel de discurso se les concibe como sujetos de derecho; sin embargo, pese a ser un tratado que generó alta adhesión a nivel mundial, la tarea en los distintos países de adecuar su normativa y, sobre todo, sus políticas públicas a los principios instalados por la Convención ha sido lenta e inexistente en algunas materias.

La condición de vulnerabilidad implica que un sector de la población queda fuera del ejercicio de la ciudadanía. Niños y niñas son sujetos que no pueden ejercer por sí mismos sus derechos, y que además dependen de otros para poder subsistir en todas las esferas, por lo que es necesario que el Estado asegure la cobertura de cada una de sus necesidades. Como señala Freeman (2006), “los niños son particularmente vulnerables y necesitan derechos para proteger su integridad y dignidad”.¹² La infancia requiere la cobertura de necesidades específicas, dadas por un conjunto de aspectos fisiológicos y del entorno familiar, psicológico, social y cultural.

El paradigma de la protección integral, que considera las necesidades y el ejercicio de derechos en términos globales, es esencial en la protección de este grupo, constituido por personas en estado de desarrollo. Los Estados deben asegurar la efectividad de los derechos que la CIDN reconoce no solo absteniéndose de interferir en el ejercicio de los derechos individuales, sino también realizando prestaciones positivas para que el ejercicio de estos sea efectivo, garantizando activamente el acceso a la educación, la salud y la protección social para todos los NNA en términos integrales.

Important for Mental Health?”, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57 (7), 2003.

11 Michelle Bachelet, *Programa de Gobierno 2014-2018*, 2013.

12 Michael Freeman, “Tomando más en serio los derechos de los niños”, *Revista de Derechos del Niño UDP-UNICEF*, octubre de 2006, p. 257.

Los problemas de salud mental implican una importante y creciente porción de la carga de enfermedad, cuestión relevante a la hora de fijar las prioridades en gastos. Como se analizará más adelante, el financiamiento es un factor relevante para garantizar el efectivo derecho a la salud mental. Asimismo, desde el punto de vista económico, la concentración de gastos en la infancia y adolescencia tiene un mejor retorno de la inversión en comparación con el gasto en adultos. Por lo tanto, invertir en salud mental de la infancia y adolescencia es una apuesta segura, ya que la intervención temprana es la clave para obtener mejores resultados en la adultez: la mitad de los trastornos mentales que sufre la población adulta provienen de la infancia, generando a lo largo de la vida graves afectaciones al desarrollo emocional, intelectual y social de quienes los padecen, dañando la autoestima, el desempeño y la adaptación al sistema escolar, junto con alterar profundamente la dinámica familiar.¹³ Un número importante de estudios ha demostrado que los programas eficaces de crianza y aquellos basados en las escuelas pueden resultar en ahorros significativos en el ciclo de toda la vida. Se ha estimado que los programas de crianza para los padres que tienen niños con trastornos de conducta cuestan alrededor de £1,200 por niño (libras esterlinas). La implementación de programas para estas familias ha mostrado ahorros de alrededor de £8,000 por cada niño durante un período de 25 años (14% de ahorro en el servicio nacional de salud, el 5% en el sistema educativo y el 17% en el sistema de justicia penal).¹⁴

¿Qué razones tiene el Estado para no priorizar en este asunto? Como se mencionó, este capítulo pretende abordar los deberes que el Estado Chileno ha contraído a través de la legislación nacional y la ratificación de tratados internacionales con NNA chilenos en materia de salud mental, examinando concretamente el deber de promoción, acceso y provisión a este grupo vulnerable y las consecuencias que ello representa para el uso y goce de estos sujetos en el derecho a la salud.

En Chile existe una realidad dramática en materia de salud mental de NNA. Uno de cada cinco NNA en Chile presenta algún problema de salud mental, acompañado de discapacidad, lo cual interfiere con su desarrollo en esta etapa de la vida y en las posteriores. En 2009, el suicidio se convirtió en la primera causa de muerte externa en jóvenes, superando la mortalidad por accidentes de tránsito. Se trata de la consecuencia más grave de no atender oportunamente la salud mental de jóvenes.

¹³ Ming Tsuang y Mauricio Tohen, *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, Nueva York, Wiley-Liss, 2004.

¹⁴ HM Government, *No Health Without Mental Health. A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages*, Londres, 2011.

Chile cuenta con escasa evidencia sobre salud mental de los NNA. No es posible acceder a información respecto de las acciones que el Estado ha emprendido para atender la salud mental de NNA, lo cual dificulta la evaluación respecto del cumplimiento de los compromisos que el Estado ha asumido en los ámbitos nacional e internacional.

Dada la complejidad que reviste el tema, la respuesta estatal debe ser intersectorial. Constatamos que esta coordinación está presente a nivel discursivo en los programas pero ausente en los hechos. A lo anterior se añaden problemas de inequidad social vinculados a la salud mental infanto-juvenil: desigualdades de infraestructura, territoriales y de disponibilidad de especialistas, entre otras. Asimismo, existen enormes brechas entre regiones y comunas, tanto en provisión de servicios (horas profesionales) como en infraestructura (camas psiquiátricas de corta, mediana y larga estadía). El gran Santiago urbano cuenta con el doble de recursos humanos de especialidad ambulatoria y de camas de corta estadía que el resto del país. Además, se observa como barrera para la atención de calidad en salud mental de NNA la escasa disponibilidad de especialistas. El porcentaje de profesionales de la red de salud pública que tienen formación en salud mental infantil es escaso e insuficiente. En el período 2004-2012 la capacitación en salud mental de médicos de la atención primaria de salud disminuyó, tanto en el porcentaje de médicos capacitados (de 23,1% a 18,6%) como el de centros con al menos un médico capacitado (de 65,1% a 57,4%).¹⁵ Por su parte, los beneficiarios de los seguros privados o Instituciones de Salud Previsional (en adelante, Isapres) tienen un acceso 8 veces superior al de los beneficiarios de FONASA.¹⁶ Hoy en Chile, a excepción del tratamiento para el consumo de alcohol y drogas y del primer episodio de esquizofrenia (que tiene una baja prevalencia), las patologías de salud mental incluidas en el paquete de GES excluyen al grupo etario menor de 15 años, por lo que este segmento de la población no cuenta con garantías reclamables ante el Estado.

Sostenemos que invertir en salud mental es una apuesta segura, pues la no provisión oportuna de servicios en esta área para la infancia reviste mayores costos para el Estado y peores consecuencias para los individuos y sus familias, con peores resultados, que las intervenciones tempranas. Sin embargo, se constata un descenso del porcentaje del presupuesto de salud que se asigna a salud mental. El 2,16% que se reportó en 2012 es inferior al 3,1% de 2008, que su vez es inferior a la meta que fijó el Plan nacional de salud mental y psi-

¹⁵ MINSAL, *Segundo informe Evaluación de Sistemas de Salud Mental en Chile (Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS [OMS IESM/WHO AIMS])*, 2014.

¹⁶ *Id.*

quiatría para 2010 (5%). Asimismo, hoy resulta imposible conocer el monto del gasto del conjunto de las reparticiones del Estado en materia de salud mental infantojuvenil. Atendiendo que la oferta sectorial en esta área es diversa en las prestaciones ofrecidas, cabe preguntarse si la administración de recursos desde el Estado es eficiente, o si es posible imaginar una mejor manera de organización y optimización de ellos de modo de garantizar el real ejercicio de derecho a la salud mental en NNA.

1. ESTADO DE SITUACIÓN: LA SALUD MENTAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CHILE

El artículo 24 de la CIDN establece que la salud es un derecho. En tal sentido, constituye un desafío específico para las políticas públicas nacionales. A pesar de la escasa evidencia epidemiológica disponible, es posible apreciar la gran magnitud del problema. Los estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en NNA en Latinoamérica, así como en otras regiones en desarrollo, son escasos en comparación con los de población general adulta y, por cierto, con estudios sobre otros problemas de salud. Estos estudios son importantes para entender la variación de los patrones de los distintos desórdenes, y sus determinantes, las necesidades de tratamiento y atención asociadas, con el objetivo final de desarrollar políticas públicas pertinentes y eficientes.¹⁷

En Chile, el primer estudio de prevalencia psiquiátrica, publicado en 2002, mostró que uno de cada tres chilenos había tenido algún desorden psiquiátrico a lo largo de su vida y uno de cada cinco, en los últimos seis meses. Se identificó a los más jóvenes (15 a 24 años) como uno de los grupos etarios de mayor riesgo.^{18 19 20}

En un estudio reciente sobre prevalencia psiquiátrica en NNA,²¹ cuatro de cada diez NNA en Chile (38%) presentaron algún problema psiquiátrico (33% hombres y 43% mujeres), siendo mayor la prevalencia en niños/as (4 a 11 años, 43%) que en adolescentes (12 a 18 años, 33%). Para casos en que el problema psiquiátrico implicó alguna discapacidad (que afectara el desempeño y realización de ac-

17 Benjamín Vicente, Pedro Rioseco, Sandra Saldivia y otros, "Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CID) (E CPP)", *Revista Médica de Chile*, 130 (5), 2002.

18 *Id.*

19 Vicente, Robert Kohn, Rioseco y otros, "Population Prevalence of Psychiatric Disorders in Chile: 6-Month and 1-Month Rates", *The British Journal of Psychiatry*, 184, 2004.

20 Vicente, Kohn, Rioseco y otros, "Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study", *Journal of the American Psychiatric Association*, 163 (8), 2006.

21 Vicente, Saldivia, de la Barra y otros, "Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias", *Revista Médica de Chile* 140 (4), 2012.

tividades cotidianas), la cifra alcanzó a un 22%.²² Es decir, uno de cada cinco NNA en Chile presenta algún problema de salud mental acompañado de discapacidad.

La evidencia sobre la salud mental de NNA es escasa en Chile. Además, los promedios tienden a ocultar o invisibilizar diferencias importantes. Por ejemplo, hay localidades que muestran peores indicadores que la media, siendo posible hipotetizar sobre el rol de los determinantes sociales de la salud mental. Las condiciones de vida y de vivienda, y la calidad del barrio, se han vinculado a problemas de salud mental. Un estudio realizado en la ciudad de Calama reportó que un 37% de los niños y niñas de entre 11 y 18 años presentaba depresión infantil y un 18% había cometido uno o más intentos de suicidio.²³

Otros estudios sobre NNA retratan algunas situaciones alarmantes respecto a la salud mental, dada su alta prevalencia e impacto sanitario, como desórdenes alimenticios,²⁴ consumo de alcohol y drogas,²⁵ y los trastornos del comportamiento en niños.²⁶ Ello también emerge como relevante del testeo de programas de intervención con niños, tanto en escuelas²⁷ como en las comunidades, mediante visitas domiciliarias a madres adolescentes.²⁸

Asimismo, se ha estudiado la salud mental de niños vinculada al grado de adhesión y participación en sus comunidades de pertenencia. Es el caso de un estudio realizado con niños aymaras²⁹ que migran desde sus comunidades a la ciudad, el cual mostró que aun cuando no se observan diferencias entre niños aymaras y no aymaras respecto a las puntuaciones en las escalas de salud mental, sí se encontró que niños con alto compromiso de participación en su comunidad presentaban mejores indicadores de salud mental en comparación con aquellos que tenían un bajo compromiso con sus comunidades. Ello alerta sobre el respeto y cuidado por la pertenencia a etnias desde la temprana infancia.

22 Vicente, Saldívia, de la Barra y otros, "Prevalence of Child and Adolescent Mental Disorders in Chile: A Community Epidemiological Study", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53 (10), 2012.

23 Carlos Haquin, Marcela Larraguibel y Jorge Cabezas, "Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama", *Revista Chilena de Pediatría*, 75 (5), 2004.

24 Jaime Silva, Manuel Ortiz, Álvaro Quiñones y otros, "Affective Style and Eating Disorders: A Field Study", *Eating and Weight Disorders*, 16 (2), 2011.

25 Eugenia Vinet, Ximena Faúndez y Larraguibel, "Application of the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) to Adolescent Drug Abusers", *Revista Médica Chilena*, 137 (4), 2009.

26 Vicente, Saldívia, de la Barra y otros, op. cit., 2012.

27 Araya, Alan Montgomery, Fritsch y otros, "School-Based Intervention to Improve the Mental Health of Low-Income, Secondary School Students in Santiago, Chile (YPSA): Study Protocol for a Randomized Controlled Trial", *Trials* 12 (49), 2011.

28 Marcela Aracena, Mariane Krause, Carola Pérez y otros, "A Cost-Effectiveness Evaluation of a Home Visit Program for Adolescent Mothers", *Journal of Health Psychology*, 14 (7), 2009.

29 Alejandra Caqueo-Urizar, Alfonso Urzúa y Koen De Munter, "Mental Health of Indigenous School Children in Northern Chile", *BMC Psychiatry*, 14 (11), 2014.

Otro campo de estudio en el cual se ha levantado evidencia se relaciona con los trastornos por déficit atencional y desórdenes con hiperactividad (en adelante, TDAH). Estos trastornos muestran una altísima prevalencia en Chile, como muestra un estudio realizado en población infantojuvenil entre los 4 y 18 años de edad en cuatro provincias, donde se encontró que un 14,6% de los NNA presenta algún tipo de trastorno disruptivo, siendo los TDAH los más comunes: el 10,3% de prevalencia es más alto que lo reportado en otros países.³⁰ Más allá de las bases neurobiológicas del fenómeno, algunos investigadores han estudiado la contribución de los fenómenos de vinculación temprana, conocidos como apego. Un estudio multicéntrico³¹ mostró que el aumento en el nivel de los síntomas de TDAH fue predicho por la duración de la privación de apego temprano, estimada a partir de la edad de adopción, después de controlar la influencia de variables del niño/a adoptado y del país del estudio. Una mayor edad de adopción predijo una mayor presentación de síntomas de TDAH en la adolescencia. De este modo, NNA institucionalizados sufren una merma en su salud mental futura.

Por otra parte, junto con evidenciar que los problemas de salud mental pueden ser evitados y/o prevenidos, diversos estudios constatan qué dimensiones socioeconómicas desfavorables actúan como predictores para peores condiciones de salud mental. La escasa educación y un nivel socioeconómico bajo fueron dimensiones relevantes en la prevalencia de problemas de salud mental.³² Otros estudios³³ han constatado que un bajo nivel educacional, junto a una disminución reciente en los ingresos familiares y una pobre calidad de vivienda, se correlacionaron con el incremento de la prevalencia de los desórdenes mentales más comunes.

El mejor estándar disponible en esta materia son los estudios longitudinales. En Chile, un estudio realizado con una cohorte de niños de primero básico seguidos hasta sexto básico mostró que la detección de problemas en el primer año predice resultados al sexto año. El estudio arrojó que uno de cada cuatro niños en 1º básico (25,8%) y uno de cada cinco niños en 6º básico (21,7%) tenía problemas de concentración, mientras que uno de cada tres niños tenía problemas de conducta en 1º y 6º básico (33% y 35,5% respectivamente). Destaca que casi la mitad de los niños que habían sido evaluados en su pri-

30 de la Barra, Vicente, Saldívia y otro, "Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual", *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23 (5), 2012.

31 Isabelle Roskam, Marie Stievenart, Réjean Tessier y otros, "Another Way of Thinking about ADHD: The Predictive Role of Early Attachment Deprivation in Adolescents' Level of Symptoms", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49 (1), 2014.

32 Vicente, Kohn, Rioseco y otros, "Population Prevalence of Psychiatric Disorders in Chile", op. cit.

33 Araya, Lewis, Rojas y otro, op.cit.

mer año de enseñanza básica (44%) presentaron los mismos problemas de conducta al sexto año³⁴ y que existirían altas tasas de prevalencia para el trastorno de déficit atencional: 14% al cursar 1º básico y 22% en 6º básico. Asimismo, se determinó que las evaluaciones de los docentes podían predecir en 1 de 3 estudiantes los casos de mala conducta que se mantenían en 6º básico,^{35 36} lo que sugiere la necesidad de generar programas preventivos en la escuela.

Es importante destacar que, en un análisis del cambio en la tasa de mortalidad por suicidio (1995-2009) de los países miembros de la OCDE (2011), Corea, seguido por Chile, ocupan los dos primeros lugares entre los países miembros que mostraron tasas crecientes. La tasa de suicidio juvenil se duplicó en Chile entre 2000 y 2010, pasando de 4 a 8 por 100 mil habitantes.³⁷ Por ello, parte del análisis de este capítulo revisará la manera cómo el Estado ha abordado esta dramática situación.

Hasta aquí hemos esbozado el grueso panorama en relación a la evidencia disponible sobre la salud mental de la infancia y adolescencia en Chile. Como hemos señalado, la disponibilidad de información es absolutamente insuficiente como insumo para el diseño de políticas públicas en la materia, lo que resulta preocupante. Es conocido el número de psicólogos y psiquiatras en la atención primaria a nivel nacional, pero no se sabe cuántos de ellos poseen especialización infanto-juvenil. Tal como se puede constatar en el gráfico 1, el porcentaje de profesionales de la red de salud pública que han tenido capacitación en salud mental infantil es escaso e insuficiente.

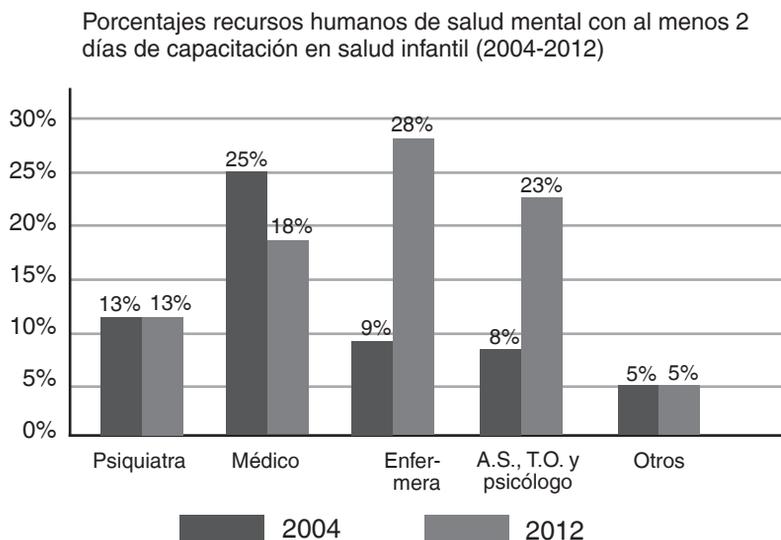
34 de la Barra, Virginia Toledo y Jorge Rodríguez, "Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: II: Factores de riesgo familiares y escolares", *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40 (4), 2002.

35 *Id.*

36 de la Barra, Toledo y Rodríguez, "Prediction of Behavioral Problems in Chilean Schoolchildren", *Child Psychiatry & Human Development*, 35 (3), 2005.

37 *Informe 2013*, pp. 165-184.

Gráfico 1: Personal de salud pública con capacitación en salud mental infantil (al menos 2 días de capacitación) 2004 -2012



Fuente: MINSAL, Segundo informe Evaluación de Sistemas de Salud Mental en Chile (Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS [OMS IESM/WHO AIMS]), 2014.

La carencia de respuestas públicas a las necesidades de atención en salud mental de NNA se vincula no solo a la disponibilidad de oferta, sino también a la calidad de ésta, en virtud de la formación de quienes entregan el servicio. Así, la rotulación y diagnóstico de patologías graves, tal como se describe en un caso clínico de un niño de 10 años que recibió el diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo (TGD),³⁸ puede tener graves consecuencias si el sistema implementado por el Estado, una vez que diagnostica oportunamente, no dispone de dispositivos para atender la complejidad de este tipo de casos. Es también responsabilidad de quien presta el servicio evitar la concomitancia de procesos de exclusión y discriminación en otros ámbitos de desarrollo, como, por ejemplo, la escuela.

Los datos presentados sugieren la urgencia en realizar estudios poblacionales específicos que permitan constatar la magnitud del problema de salud mental en la infancia y adolescencia en Chile y el peso relativo que estos problemas tienen en discapacidad y en años

³⁸ Paz Canales, Marcela Flores y Constanza Raurich, “El peso del diagnóstico: Una historia de infancia, soledad y diferencia en un contexto de pobreza”, *De Familias y Terapias*, 32, 2012.

perdidos por enfermedad. Para 2020, un 22% de la carga de enfermedad y 40% de los años vividos con discapacidad estarán asociados a las patologías psiquiátricas, en contraste con el 8% y 33% en 1990, respectivamente.³⁹ Asimismo, un reciente estudio estimó que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales en pérdidas económicas ascenderá a US\$ 16 billones en los próximos 20 años.⁴⁰

2. OFERTA PROGRAMÁTICA Y DE POLÍTICAS DE SALUD MENTAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CHILE

Si bien Chile no dispone de una ley de salud mental, como Argentina y Brasil,⁴¹ tal como recoge el Segundo Informe WHO AIMS (2014),⁴² nuestro país cuenta con un cuerpo legal que incluye disposiciones, procedimientos y reglamentaciones sobre salud mental.⁴³ Asimismo, aun cuando Chile no cuenta con un plan específico de salud mental infanto-juvenil, existe una oferta programática que aborda directa o indirectamente la salud mental para este grupo específico.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000) (en lo sucesivo, Plan o PNSMP) del Ministerio de Salud (en adelante, MINSAL), tiene como propósito “contribuir a que las personas, familias y comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales”.⁴⁴ El Plan define acciones intersectoriales de salud mental, cuyos ejes estratégicos

³⁹ Vicente, Kohn, Riaseco y otros, “Lifetime and 12-month Prevalence”, op. cit.

⁴⁰ David Bloom, Elizabeth Cafiero, Eva Jané-Llopis y otros, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, Ginebra, Foro Económico Mundial, 2011.

⁴¹ OMS, *Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en América del Sur mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM - OMS). Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay*, 2011.

⁴² MINSAL, op. cit.

⁴³ Ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación a las Acciones Vinculadas a su Atención de Salud, promulgada en 2012. Esta ley hace referencia a la hospitalización y a las prácticas de investigación en personas con discapacidad psíquica e intelectual, y determina la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección, entre otros temas; Ley 20.609 que Establece Medidas Contra la Discriminación, de 2010; Ley 20.422 que Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, de 2010; Ley 20.332 sobre Producción, Elaboración y Comercialización de Alkoholes Etilicos, Bebidas Alcohólicas y Vinagres, de 2009; Decreto 201 que Promulga la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, de 2008; Ley 20.000 que Sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas, de 2005; Ley 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud, de 2004, que incluye actualmente 80 condiciones de salud, cuatro de ellas correspondientes a condiciones o patologías de salud mental (esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial y dependencia a drogas y alcohol, y trastorno bipolar); Ley 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” de 2009, el cual incluye aspectos de promoción y protección de la salud mental.

⁴⁴ MINSAL, *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*, 2000, párr. 11.

se basan en la necesidad de desarrollar acciones para elevar el nivel de la salud mental, mediante la promoción, prevención, detección temprana y facilitación del acceso y continuidad del tratamiento y rehabilitación, y favoreciendo la reinserción social.⁴⁵

Dichas acciones intersectoriales de salud mental definen cuatro áreas de acción, dos de las cuales se refieren explícitamente a la población infantojuvenil: salud mental en la educación preescolar y escolar, etapa del ciclo vital caracterizada por ser “un período de tiempo privilegiado para promover, proteger, detectar problemas, y realizar acciones de recuperación y rehabilitación, en conjunto con los sistemas sanitarios”;⁴⁶ y salud mental de NNA y adultos en conflicto con la justicia, población que presenta una alta frecuencia de enfermedades mentales. Se reconoce la necesidad de “establecer sistemas de atención y rehabilitación en salud mental y psiquiatría para los menores en protección y conflicto con la justicia, con definición de competencias, financiamiento y formas de referencia entre ambos sectores [justicia y salud]”.⁴⁷

Dentro de los programas nacionales de salud dirigidos específicamente a la población infantil, destaca el Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral (2013)⁴⁸ del MINSAL, cuyo propósito es favorecer la salud y desarrollo integral mediante la ejecución de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, que promuevan la máxima expresión del potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida de niños y niñas menores de 10 años, enfatizando la necesidad, dentro de sus objetivos específicos, de “promover la salud y bienestar mental de niños, niñas y sus familias”.⁴⁹

Las acciones de este programa se enmarcan en el sistema intersectorial de protección social,⁵⁰ modelo de gestión en que las acciones y prestaciones sociales son ejecutadas y coordinadas por distintos organismos y programas del Estado, en este caso, *Chile Solidario* y *Chile Crece Contigo*. Este último subsistema de protección integral a la infancia tiene por objetivo custodiar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atienden en el sistema de salud pública, desde su primer control gestacional hasta el ingreso al sistema escolar. En su oferta programática considera las diversas dimensiones que afectan el desarrollo infantil, otorgando atención de salud mental a sus beneficiarios (niños, niñas y cuidador).

45 Íd.

46 Íbid., p. 6.

47 Íbid., pp. 12-13.

48 MINSAL, *Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral*, 2013.

49 Íbid., p. 77.

50 Sistema creado mediante la Ley 20.379, promulgada el 17 de agosto de 2009.

Las prestaciones universales del Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral incluyen el control de salud infantil⁵¹ y el control de salud escolar,⁵² en que se efectúa el primer screening de salud mental a los 7 años de edad.⁵³ El control de salud escolar implica un trabajo coordinado entre el MINSAL y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (en adelante, JUNAEB), perteneciente al Ministerio de Educación. La JUNAEB implementa además el programa de *Habilidades para la vida*,⁵⁴ cuyo propósito es contribuir en el corto plazo al aumento del éxito en el desempeño escolar y al largo plazo a fomentar el bienestar psicosocial y las competencias personales, y disminuir actitudes y conductas negativas para la salud mental, tales como depresión, consumo de alcohol y drogas, y violencia.

Las prestaciones específicas del Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral⁵⁵ están dirigidas a la población infantil con mayor vulnerabilidad biopsicosocial. En el ámbito de salud mental, incorpora la atención especializada a niños, niñas o cuidadores, la cual incluye: psicodiagnóstico, psicoterapia individual y/o familiar, intervención psicosocial grupal y visita integral de salud mental. Respecto a los niños y niñas en situación de vulneración de derechos y/o vulnerabilidad social, se considera como prestación específica la posibilidad de realizar la detección de maltrato y/o abuso sexual, considerando cuatro tipos principales de maltrato: abusos físicos, sexuales, emocionales y psicológicos, y desatención o negligencia. La visita domiciliaria integral tiene como propósito principal promover condiciones ambientales y relacionales favorables para el desarrollo infantil integral, y es realizada por equipos de salud especializados.

El Programa Nacional Salud Integral Adolescentes y Jóvenes 2012-2020⁵⁶ del MINSAL, dirigido a adolescentes de entre 10 y 19 años, y jóvenes de entre 20 y 24 años, tiene como campo de acción principal el sistema primario de atención de salud. Este programa busca alcanzar la detección oportuna de problemas de salud mental, planteándose como metas para 2020: “disminuir en un 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental, disminuir en un 10% la prevalencia proyectada de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años, disminuir en un 5% la prevalencia de

51 Control conocido como control del niño sano, el cual corresponde a una prestación promocional y preventiva que se realiza en los centros de salud de atención primaria, con el objetivo es realizar un seguimiento al crecimiento, desarrollo y detección de riesgo de niños y niñas de 0 a 9 años.

52 Control cuyo propósito es mejorar el acceso a actividades promocionales, preventivas y de pesquisa de los factores de riesgos en salud más prevalentes en la población de 5 a 9 años en base a controles de salud realizados en los establecimientos educacionales.

53 MINSAL, *Programa Nacional*, 2013, op. cit.

54 <http://www.junaeb.cl/>

55 MINSAL, *Programa Nacional*, 2013, op. cit.

56 MINSAL, *Programa Nacional Salud Integral Adolescentes y Jóvenes 2012-2020*, 2012.

consumo de drogas ilícitas durante el último año en población de 12 a 64 años y disminuir en un 15% la tasa proyectada de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años”.⁵⁷

Dentro de las atenciones de salud mental entregadas por el Programa Nacional Salud Integral Adolescentes y Jóvenes, hay dos niveles de acción. El primero corresponde a la consulta de salud mental, en el ámbito de la prevención, cuyo objetivo es “evaluar integral y oportunamente un problema de salud mental, e iniciar tratamiento específico de acuerdo a protocolos y guías clínicas vigentes”.⁵⁸ El segundo opera en el ámbito del tratamiento, recuperación y rehabilitación, con el fin de entregar atención clínica a aquellos adolescentes y jóvenes que presenten factores de riesgo y/o de los que se sospeche de algún problema o enfermedad mental y se necesite ratificar el diagnóstico.

Respecto a las Garantías Explícitas en salud (en adelante, GES),⁵⁹ de un total de 80 garantías, solo cuatro prestan atención en salud mental a adolescentes, no incluyendo a niños y niñas. Estas son: depresión en personas de 15 años y más, trastorno bipolar en personas de 15 años y más, esquizofrenia y consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.

También están involucrados en la temática de salud mental infanto-juvenil el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Ministerio de Justicia. El primero, mediante el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el cual realiza programas en población infanto-juvenil y desarrolla una serie de iniciativas, programas y acciones que abarcan desde la prevención universal e inespecífica hasta intervenciones complejas de tratamiento, rehabilitación e integración social de consumidores problemáticos.⁶⁰ Y el segundo, por medio del Servicio Nacional de Menores (SENAME), que cuenta con una serie de programas dirigidos a proporcionar atención y tratamiento en salud mental; las Bases Técnicas de Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Usuarios del Servicio Nacional de Menores describen las funciones y objetivos de los dispositivos de salud mental y psiquiatría, tales como: equipo de salud mental y psiquiatría ambulatorio/ comunitario, hospital de día de adolescentes, residencias protegidas especializadas para adolescentes con trastornos conductuales severos, atención de urgencia (SAPU y SAMU), unidades clínicas de hospitalización cerrada y unidades de psiquiatría forense para adolescentes.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 70.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 80.

⁵⁹ <http://www.supersalud.gob.cl>

⁶⁰ Paola Langer, María Jesús Sánchez y Paula Margotta, “Pertinencias de prestaciones públicas de salud mental para niños, niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial y en situación de calle”, *Centro UC Políticas Públicas*, 2014, p. 23.

3. CUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS DEL ESTADO CHILENO EN MATERIA DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL: NORMATIVA NACIONAL E INTERNACIONAL

Es importante señalar que no se dispone de información de acceso público para efectos de evaluar el cumplimiento de la normativa nacional y los convenios internacionales, por lo que se evaluarán estándares en función de los datos disponibles.

La Convención sobre los Derechos del Niño define al niño como “todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable haya alcanzado antes la mayoría de edad”.⁶¹ Por consiguiente, este instrumento vela no sólo por la infancia sino también por la adolescencia, siendo los adolescentes titulares de los derechos consagrados en este, en sintonía con la evolución de sus facultades, tal como dispone el artículo 5.

El propio Comité de Derechos del Niño, Niña y Adolescente ha establecido por qué la infancia y la adolescencia son grupos vulnerables que requieren una atención especializada, destacando características como “los rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos”.⁶² Los problemas vinculados a la salud mental han aumentado considerablemente en las últimas décadas, lo que se presume está asociado a la urbanización, globalización, cambios en la estructura familiar, incremento en las exigencias vocacionales, desempleo y precarización del trabajo juvenil, y pobreza, entre otras causas.⁶³ Respecto a la pobreza, concretamente, pertenecer a un grupo económico aventajado es un factor protector en temas de salud mental, en particular para los trastornos ansiosos.⁶⁴

El Comité ha advertido la urgencia del tema de salud mental en la infancia y adolescencia. Manifiesta “el peligro del recurso excesivo a la medicalización y el internamiento e insta a los Estados a que adopten un enfoque basado en la salud pública y el apoyo psicosocial para hacer frente a la mala salud mental de los NNA, e invertir en enfoques de atención primaria que faciliten la detección y el tratamiento precoces de los problemas psicosociales, emocionales y mentales de los niños”.⁶⁵

⁶¹ Convención sobre los Derechos del Niño, art. 1, 1989.

⁶² ONU, Comité de los Derechos del Niño, *Observación General 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la convención sobre los derechos del niño*, 2003, párr. 2.

⁶³ MINSAL, *Programa Nacional*, 2013, op. cit.

⁶⁴ Vicente, Saldivia, de la Barra y otros, op. cit., 2012.

⁶⁵ ONU, Comité de los Derechos del Niño, *Observación General 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, art. 24, 2013.

Las obligaciones centrales, según lo establecido por el Comité de Derechos del Niño respecto al derecho a la salud, son:

a) Revisar el entorno jurídico y normativo nacional y subnacional; cuando proceda, enmendar las leyes y políticas.

En la actualidad Chile cuenta con un Plan de Salud Mental para 2001-2010⁶⁶ del MINSAL que marca las directrices en la materia. No existe una política de salud mental para la infancia y adolescencia, lo cual es un factor que contribuye a la situación crítica en la cual se encuentran los NNA. No se cuenta con orientaciones, metas o criterios de implementación de las políticas públicas dirigidas a este sector de la población, ni con información para evaluar su cumplimiento.

El MINSAL dispone de un Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral, en el cual el tema de salud mental es mencionado solamente en términos amplios, planteando como objetivo el *promover la salud y bienestar mental de niños, niñas y sus familias*. Se plantean estrategias genéricas pero que no cuentan con acciones específicas para su concreción, ni con un cronograma para el logro de las metas estipuladas.⁶⁷

b) Garantizar la cobertura universal de servicios de calidad de atención primaria de salud, en particular, en la esfera de la prevención, la promoción de la salud, los servicios de atención y tratamiento, y los medicamentos básicos.

Lejos estamos de contar con una cobertura universal de servicios de calidad en atención primaria en salud mental. Las inequidades geográficas de acceso a la atención señaladas en el *Informe 2013*,⁶⁸ se acrecientan en el caso de la infancia, a lo que se agrega la carencia de profesionales especialistas en regiones. El *Segundo Estudio WHO-AIMS*⁶⁹ de evaluación de la salud mental en Chile del MINSAL, mostró que el porcentaje de niños atendidos en la red pública de salud mental es menor al que debiese ser en virtud de la demografía, la participación en FONASA y los datos disponibles de epidemiología. A nivel nacional se observa que, del total de atenciones en salud mental, en promedio un 24%(mediana del mismo valor) son para NNA. Se observan diferencias importantes por servicios de salud. En algunas instancias, el porcentaje es menor. Específicamente, en el servicio de salud de Coquimbo, un 10% del total de prestaciones de salud mental; en el servicio Araucanía Sur, un 6,3%; Chiloé, un 9,4%; Concepción y O'Higgins un 11%. En cambio, los servicios de salud metropolitanos superaron,

66 MINSAL, *Plan Nacional*, op. cit.

67 MINSAL, *Programa Nacional*, 2013, op. cit.

68 *Informe 2013*, pp. 187-221.

69 MINSAL, *Segundo Informe*, op. cit., p. 27.

en todos los casos y a pesar de las importantes diferencias entre ellos, el 26%, ubicándose sobre la media.⁷⁰

Es posible concluir que los sistemas de salud mental en nuestro país siguen presentando una serie de inequidades. Ello se expresa en situaciones tales como:

- para los beneficiarios de FONASA, la posibilidad de acceso y la calidad de las prestaciones en salud dependerá del servicio de salud al cual estén adscritos;
- existen diferencias en los indicadores de recursos para salud mental entre el gran Santiago urbano y el resto del país (la Región Metropolitana tiene el doble de recursos humanos de especialidad ambulatoria y el doble de camas de corta estadía);
- los NNA aún no acceden a los servicios de salud mental en la proporción correspondiente con la representación que tienen en la población beneficiaria de FONASA, ni acorde con la prevalencia de trastornos mentales encontrada en la población infanto-juvenil de Chile.⁷¹

Se debe poner énfasis en la tarea de desarrollar servicios especializados para la atención de la salud mental de niños y adolescentes de acuerdo con las características del sistema de salud del país y los recursos disponibles. Estos servicios deben estar distribuidos de manera equitativa territorialmente para poder asegurar un apropiado sistema de referencia y contrarreferencia desde los servicios especializados de salud mental.

Es también fundamental garantizar el acceso a tratamiento y la posibilidad de recibir atención oportuna, contrarrestando las actuales brechas en atención de salud mental de NNA. Un estudio en población preescolar y escolar mostró que un tercio de la población entre 30 y 48 meses presenta problemas de la salud mental,⁷² los que, de no ser abordados oportunamente, redundarán en trastornos familiares y escolares, adquiriendo mayor gravedad clínica.

Un tercio (33%) de los NNA entre 4 y 18 años—con problemas conductuales, emocionales, psiquiátricos o asociados al consumo de sustancias— que participaron en un estudio reciente,⁷³ declaró haber buscado ayuda, tanto formal como informal, durante el año previo. Mientras que un 67% de la población infanto-juvenil (entre los 4 y 18 años de edad) con problemas de salud mental no accede al uso de ningún servicio de salud, la brecha existente respecto al uso de

70 Íd.

71 Íd.

72 Pontificia Universidad Católica de Chile, *Seminario sobre Salud Mental e Infancia*, Doctora Paula Bedregal (Chile), 3 de Junio de 2014.

73 Vicente, Saldívia, de la Barra y otros, op. cit., 2012.

servicios ambulatorios de salud pública alcanza un 86% (ver tabla 1), lo cual no debe simplemente interpretarse como un síntoma de vulnerabilidad, sino como una vulneración de los derechos de una parte de la población.⁷⁴

A lo anterior se suma la brecha asistencial para la población de niños con diagnóstico psiquiátrico más discapacidad (39.2%, lo que equivale a 145.170 NNA), que no recibe asistencia. Considerando solo los servicios de salud ambulatorios, la brecha aumenta a un 62.2%, lo que equivale a 230.346 niños, siendo mayor para los trastornos ansiosos y afectivos. La esquizofrenia y los trastornos de la alimentación son atendidos más frecuentemente en el sistema, aun cuando su prevalencia es muy baja.⁷⁵

74 Pontificia Universidad Católica de Chile, op. cit.

75 Clínica las Condes, *Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile*, Doctora Flora de la Barra Mac Donald (Chile), s.f.

Tabla 1. Número de sujetos que usan y requieren servicios por problemas de salud mental

Brechas en la atención	Diagnóstico (+)		Uso de servicios (+)		Brecha asistencial		Uso de servicios ambulatorios (+)		Brecha asistencial	
	%	personas	%	personas	%	personas	%	personas	%	personas
Dx DIS-IV Chile (N= 4.409.299)										
Trastornos ansiosos	18,5	815.720	33,9	276.529	66,1	539.191	13,1	106.859	86,9	708.861
Trastornos afectivos	6,1	268.967	36,1	97.097	63,9	171.870	10,7	28.779	89,3	240.188
Esquizofrenia	0,2	8.819			100,0	8.819		0	100,0	8.819
Trastornos conductuales	21,8	961.227	37,3	358.538	62,7	602.689	18,1	173.982	81,9	787.245
Abuso y dependencia de sustancias	4,8	211.646	26,9	56.933	73,1	154.713	2,5	5.291	97,5	206.355
Trastornos de alimentación	0,3	13.228	10,9	1.442	89,1	11.786	10,9	1.442	89,1	11.786
Cualquier diagnóstico DSM-IV	38,3	1.688.762	33,3	562.358	66,7	1.126.404	14,5	244.870	85,5	1.443.891

Fuente: Benjamín Vicente, Sandra Saldívar, Flora de la Barra, Roberto Melipillán, Mario Valdivia y Robert Kohn, *op. cit.*

c) Elaborar, ejecutar, supervisar y evaluar políticas y planes de acción presupuestados que reflejen un enfoque basado en los derechos humanos para hacer efectivo el derecho del niño a la salud.

Chile no ha elaborado una política de salud mental infantojuvenil destinada únicamente a esa población en el Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral (2013) o el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (2012-2020), los cuales se sustentan bajo el enfoque de derechos. Este plantea entre los derechos fundamentales el derecho a la salud, el acceso a atención y al ejercicio de la autodeterminación de las personas. Ello implica asegurar la igualdad en el ejercicio de estos derechos de todos los NNA, con independencia de su estrato socioeconómico, edad, identidad de género, religión, pertenencia a pueblos originarios u orientación sexual, entre otros, por parte de los distintos niveles y agentes de salud.⁷⁶ El enfoque de derecho es la guía en el cual se enmarca el desarrollo de las políticas de salud para este grupo poblacional.⁷⁷

Michael Freeman⁷⁸ plantea que es fácil tomar las palabras por hechos y asumir que con la promulgación de disposiciones que otorgan derecho a NNA se provocarán cambios en sus condiciones de vida. Para que esto ocurra es fundamental su instrumentación en la práctica. Leyes mal o parcialmente implementadas o no implementadas pueden causar más daño que bienestar en los NNA. Existe una necesidad imperiosa de que Chile de instrumentación clara a todos los acuerdos, convenciones y tratados internacionales vinculados con la salud de NNA a los cuales ha suscrito. Es posible afirmar que el enfoque de derechos está incorporado a nivel discursivo en las políticas y programas, pero ausente en los hechos, acciones y realizaciones efectivas de dichos discursos.

Esta falta de incorporación práctica también está presente en la atención de salud mental de la infancia, lo que se refleja en el acceso ineficiente a la red pública. Existen falencias y fracturas en la oferta, el trabajo del Estado es solo de respuestas reactivas frente a determinados problemas, pero no desde una visión integral, transversal, conducente a que el sistema funcione eficazmente.

Como resultado de la insuficiente atención que los Estados partes han brindado al cumplimiento de los deberes en temas de promoción de salud y desarrollo de NNA, el Comité de los Derechos del Niño, mediante la Observación General 4,⁷⁹ estableció las obligaciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, planteando que todo plan o estrategia a nivel nacional sobre salud mental debe considerar dichas obligaciones. Ello con el propósito de posibilitar un efec-

⁷⁶ MINSAL, *Programa Nacional*, 2013, op. cit.

⁷⁷ MINSAL, *Programa Nacional*, 2012, op. cit.

⁷⁸ Freeman, op. cit.

⁷⁹ ONU, Comité de los Derechos del Niño, *Observación General 15*, op. cit., párr. 39.

tivo ejercicio de los derechos humanos, específicamente respecto al derecho a la salud.⁸⁰

Disponibilidad: hace referencia a la necesidad de que los servicios de atención de salud respondan a las necesidades reales de NNA en materia de salud mental.

Como se ha señalado, nuestro país no cuenta con un plan nacional de salud mental para NNA. Es urgente la elaboración de planes y políticas específicas, integradas y transparentes para el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud mental de la infancia. “Tomar más en serio los derechos de los niños requiere que tomemos en serio la crianza y la autodeterminación, nos demanda que adoptemos políticas, prácticas, estructuras y leyes que protejan más a los niños [y] sus derechos”.⁸¹

Estas políticas y planes deben contemplar un trabajo intersectorial para facilitar la implementación de estrategias para aumentar la detección, el acceso y la promoción en la atención de salud y a otros servicios dedicados a la infancia y adolescencia. En la actualidad, la ausencia de políticas específicas y de un trabajo coordinado han incidido en la falta de protección integral de NNA. Esto ha acrecentado la invisibilización de los mismos en una materia que es clave para su desarrollo y que tiene impacto en el ejercicio de otros derechos, como la dignidad y la igualdad.

Los problemas de salud son claramente intersectoriales e involucran a los Ministerios de Salud, Educación, Justicia y Desarrollo Social. Sin embargo, en la actualidad no existe una coordinación entre estos ministerios que potencie el trabajo necesario para conducir recursos y programas a una esfera de mayor efectividad. Algunas ONGs han debido suplir este trabajo de coordinación, estando la efectividad de su trabajo entregada a la voluntad de personas específicas.⁸² En la actualidad hay programas funcionando con importantes recursos estatales que, si se coordinaran adecuadamente, podrían entregar una oferta consistente con la demanda de atención y con las necesidades particulares de la infancia y adolescencia en Chile.

Es preocupante la falta de coordinación entre el Ministerio de Educación y Ministerio de Salud en el área de salud mental, toda vez que los datos arrojan que uno de los lugares donde se detectan mayoritariamente los problemas de salud mental son los colegios. Programas como *Habilidades para la vida* requerirían una interrelación con el MINSAL. Por ejemplo, constatamos problemas en el seguimiento de los casos derivados desde ese programa: una vez ingresado el niño al

80 Informe 2013, pp. 187-221.

81 Freeman, op. cit., p. 274.

82 Entrevista con Fundación OPCIÓN.

consultorio, el profesional del programa pierde la posibilidad de acceder a la información.⁸³

Emerge como desafío el realizar planes y programas de salud mental basados en datos objetivos, que hoy no están disponibles de manera agregada, para lograr disminuir las brechas de necesidades insatisfechas respecto a la salud mental de NNA.⁸⁴ Solo de este modo se podrá dar respuesta efectiva a las necesidades de esta población. Uno de nuestros entrevistados señala: “La principal crítica al sistema de salud en materia de SM de niños y adolescentes es la ausencia de políticas públicas” (padre de un niño de 6 años con autismo y fundador de una ONG).

Accesibilidad: Es imperioso que las instalaciones, bienes y servicios de salud sean de fácil acceso (económico, físico y social) a todos los NNA, sin distinción alguna, dando énfasis especial a la confidencialidad cuando sea necesaria.

El acceso efectivo a la atención de salud mental de la población infantojuvenil de Chile es un problema vigente y real, a partir de la evidencia recolectada. Chile se encuentra en deuda. Según los datos de un estudio,⁸⁵ del total de NNA que posee algún problema de salud mental (según los criterios del DSM IV), solo el 33,3% había buscado ayuda formal o informal. Esta situación se torna aun más desalentadora al considerar la brecha entre quienes efectivamente reciben atención de salud y el total de NNA que la requieren en el sistema de salud formal (85%).

La experiencia de una usuaria del sistema de salud pública refleja las dificultades de acceso al sistema público de atención en salud mental:

Es el medio “hueveo”. En general, si vas te dan una hora como para un mes más. Para ciertos tipos de cosas te envían a distintos centros. En el consultorio hay solo una psicóloga, no hay psiquiatra. Si quieres ir al psiquiatra te mandan a otro lado (usuaria del sistema de salud público, Comuna de Providencia, 20 años).

Entre las razones que explican las limitaciones en la accesibilidad a salud mental para la población infantojuvenil, la OMS (2006)⁸⁶ señala deficiencias en el área de los servicios y programas de salud mental infantil, tales como la existencia de centros ambulatorios de salud men-

83 Entrevista al coordinador del Programa Habilidades para la Vida, Javier Sepúlveda.

84 De la Barra, “Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia”, *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47 (4), 2009.

85 Vicente, Saldivia, de la Barra y otros, op. cit., 2012.

86 OMS y MINSAL, *Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, Santiago, Chile*, 2006.

tal que no prestan servicios a niños/as y adolescentes (un 30% de los centros de salud mental no entrega prestaciones a la población infantojuvenil), un mínimo número de centros ambulatorios dedicados a esta población (13%), reducido porcentaje de atenciones en centros ambulatorios para niños y adolescentes (solo un 28% del total de prestaciones), la insuficiente estructura hospitalaria a nivel nacional para NNA (dos hospitales de día para adolescentes y un servicio de corta estadía para NNA en todo el país). El MINSAL (2014)⁸⁷ presenta algunos indicadores sobre la atención de NNA en los centros de salud mental ambulatorios (centro comunitario salud mental, centro de referencia de salud, centro de diagnóstico y tratamiento y consultorio adosado a hospital) que ilustran las dificultades de acceso de esta población. Entre un 84,3% y un 100% de los centros ambulatorios del país atienden población infantojuvenil. Pero la atención en salud mental de NNA es menor a su representación en la población general: el 28,9% de los usuarios de los centros ambulatorios son menores de 20 años, mientras que el porcentaje de este grupo etario en la población general FONASA para 2012 fue de 56,1%. Entre 2004 y 2012 se produjo un aumento en el porcentaje de centros que atienden niños y adolescente de 69,5% a 96,3%; sin embargo, disminuyó el porcentaje de centros dedicados exclusivamente a la atención de esta población de 13,2% a 3,7%.

Del total de atenciones de salud mental realizadas en centros de tratamiento diurno en 2004, un 6,2% corresponde a población menor de 18 años, cifra que disminuye a 3,5% para 2012. La situación semejante para las atenciones realizadas en centros diurnos: en 2004 el 3,4% de las prestaciones realizadas fueron para población menor a 18 años, lo que disminuye al 1,9% para 2012.⁸⁸

Asimismo, se plantean como barreras para atención en salud mental de NNA la complejidad del sistema, lo confuso del diseño institucional actual y el desconocimiento de la población sobre las prestaciones disponibles. El usuario no tiene claridad sobre dónde dirigirse, los tiempos de espera para la derivación, cómo funciona la prestación o las coberturas del servicio.⁸⁹ Lo cual es reflejado por una usuaria del sistema de salud pública: “[respecto al acceso] es difícil en el sentido de que tienes que esperar un mes para llegar a ser atendida por la psicóloga del consultorio, para que ella te evalúe y después te derive a Provisam... No digo que es malo, pero es tedioso, porque tienes que esperar mucho” (usuaria del sistema de salud público, Comuna de Providencia, 20 años). A lo anterior se suma la estigmatización de los usuarios de servicio de salud mental.⁹⁰

87 MINSAL, *Segundo Informe*, op. cit.

88 *Íd.*

89 Pontificia Universidad Católica de Chile, op. cit.

90 *Íd.*

Las múltiples inequidades en el acceso a los servicios de salud en nuestro país también impactan la salud mental. Los beneficiarios de los seguros privados o Isapres tienen un acceso 8 veces superior al de los beneficiarios de FONASA.⁹¹ Para 2009, el 82,7% de la población menor de 18 años se encontraba cubierto por FONASA, el 12,4% por Isapres, un 2,6% por el sistema de las FF.AA. u otros, y un 2,35% por ninguno.⁹²

Otro factor que interviene en la accesibilidad de NNA a los servicios de salud es la distribución territorial de los mismos. Menos del 25% los centros de salud mental ambulatorios públicos reconocen un adecuado acceso para sus usuarios de zonas rurales durante 2012, lo cual se constituye en una potente señal de inequidad geográfica para la población general y particularmente para NNA.

También ha contribuido a la presencia de inequidades en la accesibilidad el descenso del porcentaje presupuestario de salud asignado a salud mental. El 2,16% que se reportó para este indicador en 2012 es inferior al 3,1% que se alcanzó en 2008, lo cual a su vez es inferior a la meta que fijó el Plan Nacional de salud mental y psiquiatría para 2010 (5%). En comparación con países de ingresos medios altos (grupo al que Chile pertenecía en 2012, según el Banco Mundial), Chile asignaba un porcentaje levemente inferior que el promedio de dicha categoría (2,16% contra 2,38%). Esta situación cambió drásticamente en 2013, cuando Chile pasó a formar parte de los países de ingresos altos, pues asigna menos de la mitad del porcentaje promedio de dicho rango (2,16% contra 5,10%).⁹³ De hecho, algunos países en esa categoría que han abordado adecuadamente los problemas de salud mental gastan en promedio un 10%.⁹⁴

Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben comprometerse en el respeto de los valores culturales, diferencias de género y la ética médica, y ser aceptables tanto para los adolescentes como para las comunidades en que viven.

En los distintos planes y programas revisados existe poca información sobre la necesidad de que los establecimientos sanitarios respeten la cultura de los niños, niñas, adolescentes y sus familias, considerando a las minorías y comunidades. El Programa de salud de la Infancia plantea como necesidad desarrollar un enfoque intercultural, enfatizando la relevancia de identificar los aspectos culturales que actúan como protectores o generan riesgo para la salud de niños y niñas.

Este programa plantea como lineamientos generales a los equipos de salud infantil que interactúan con comunidades heterogéneas culturalmente (originarias, migrantes y territoriales) la necesidad de:

91 OMS, *Mental Health Atlas*, 2011.

92 MINSAL, Programa Nacional, 2013, op. cit.

93 MINSAL, *Segundo Informe*, op. cit.

94 *Informe 2013*, p. 194.

“1) Reconocer el medio territorial al que pertenece la familia y establecer actividades de fomento, protección y prevención acorde a sus necesidades; 2) Conocer los rasgos culturales en cuidados y crianza de la población infantil; 3) Mejorar el acceso a la atención en salud y trabajar con las personas que ellos validan en su comunidad indígena y cultural; 4) Reconocer y respetar las características del estilo de vida de las personas que viven en comunidades indígenas; 5) Utilizar mecanismos de ayuda efectiva y escucha activa para favorecer la adherencia a las políticas en infancia y la óptima salud de la población indígena”.⁹⁵ Sin embargo, no especifica acciones concretas para implementar de modo eficiente dicho enfoque intercultural. Así lo sugiere el Segundo Informe de evaluación de sistemas de salud mental en Chile realizado por el MINSAL (2014),⁹⁶ que plantea que un bajo porcentaje de centros ambulatorios de especialidad presentan un acceso adecuado para minorías lingüísticas, étnicas y religiosas. Específicamente, durante 2012, menos del 8% de los centros de salud mental ambulatorios públicos reconocían un acceso adecuado para usuarios de tales grupos.

Calidad: los servicios y bienes de salud deben ser científica y médicamente adecuados, lo que requiere personal capacitado, instalaciones adecuadas y métodos aceptados.

Se observa como barrera para la calidad de la atención en salud mental de NNA la escasa disponibilidad de especialistas. En este sentido, una de las usuarias del sistema de salud pública plantea: “Existe una desorganización en los horarios, considerando también que es alta la demanda y teniendo en cuenta que es un psicólogo el que atiende en el consultorio a todos los adolescentes y preadolescentes” (madre de adolescente de 15 años, que se trató por un problema de ansiedad).

Los profesionales de atención primaria tienen poco acceso a instancias de capacitación en la temática, y estas se orientan principalmente al uso de medicamentos, estando dirigidas a profesionales médicos. La situación es peor respecto el acceso a formación en salud mental infantojuvenil.⁹⁷ Para el período 2004-2012, bajó el porcentaje de capacitación en salud mental para médicos de la atención primaria de salud, tanto de médicos capacitados (de 23% a 18%) como de centros con al menos un médico capacitado (de 65% a 57%).⁹⁸

Entre 2004 y 2012, se constató un aumento, dentro del porcentaje de recursos humanos capacitados en salud mental infantil, de enfermeras y trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicólogos, llegando al 28% y 23%, respectivamente. Sin embargo, esta situación

⁹⁵ MINSAL, *Programa Nacional*, 2013, op. cit., p. 89.

⁹⁶ MINSAL, *Segundo Informe*, op. cit.

⁹⁷ OMS y MINSAL, op. cit.

⁹⁸ MINSAL, *Segundo Informe*, op. cit.

no incluyó al resto de profesionales y técnicos, quienes mantuvieron sus porcentajes de capacitación (13% para médicos psiquiatras y un 5% para otros). El porcentaje de médicos capacitados disminuyó de un 25% a un 18% entre 2004 y 2012.⁹⁹

Lo anterior implica la imposibilidad de entregar una atención de calidad a NNA, situación que es reconocida por los propios usuarios, tal como señala el siguiente entrevistado: “Hay un trato poco adecuado del personal del sistema de salud público hacia los niños con algún trastorno mental, provocado por un alto grado de desconocimiento que se tiene sobre la condición de nuestros niños” (padre de un niño de 6 años con autismo y fundador de una ONG).

La calidad de la atención en salud y, particularmente, en salud mental depende del servicio de salud en el que están adscritos NNA, de la ciudad y comuna donde viven y del centro de atención primaria particular en el que están inscritos.¹⁰⁰ Ello está asociado a la capacidad de gestión, recursos económicos disponibles del municipio y la complejidad de la población usuaria.¹⁰¹ Ello es claro para los propios usuarios del sistema de salud, quienes identifican diferencias en la atención según la comuna de residencia, tal como plantea la siguiente usuaria:

En esa evaluación que te hace el psicólogo quizás cuántas veces pasó que no cacharon que esa persona tenía problemas y esa persona se suicidó. Quizás no tuvieron tanta suerte como yo. Eso es lo que tuve, suerte. Y eso que el sistema de Provi [Comuna de Providencia] es bueno, imagínate en otras comunas (usuaria del sistema de salud público, Comuna de Providencia, 20 años).

Respecto a las instalaciones adecuadas, el aspecto geográfico sigue siendo un ámbito de discriminación, afectando a la calidad de las prestaciones en salud mental. Existen 13,5 camas de corta estadía psiquiátrica por cada 100.000 beneficiarios FONASA en el gran Santiago urbano, mientras que para el resto de los beneficiarios de todo el país hay 6,5 (ver gráfico 2). En el caso particular de los adolescentes, la situación es aún más crítica, ya que, del total de servicios de salud (29), solo 8 presentan infraestructura de corta estadía para adolescentes, encontrándose 3 de ellos en la Región Metropolitana.¹⁰²

99 *Íd.*

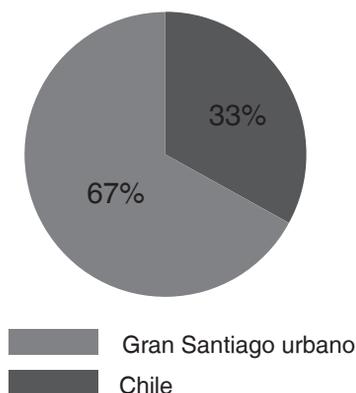
100 OMS, *Mental Health Atlas 2011*, op. cit.

101 *Informe 2013*, pp. 187-221.

102 MINSAL, *Segundo Informe*, op. cit.

Gráfico 2: Tasa de camas de corta estadía por cada 100.000 beneficiarios

Tasa camas corta estadía por cada 100.000 beneficiarios



Fuente: MINSAL, Segundo informe Evaluación de Sistemas de Salud Mental en Chile (Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS [OMS IESM/WHO AIMS]), 2014.

Otro gran déficit dice relación con las camas de hospitalización psiquiátrica (de 781 en 2004 se transitó a 441 en 2012),¹⁰³ que implica que casos de gravedad y urgencia no pueden ser atendidos debidamente. En 2012 existía un déficit de 135 camas de corta estadía para adolescentes a nivel nacional. A lo anterior se suma la inexistencia de datos y catastros sobre cuántos NNA requieren internación y qué tipo (corta, mediana o larga estadía). Sin embargo, todos los entrevistados (médicos, ONG, MINSAL, etc.) coinciden en que lo existente es absolutamente insuficiente frente a la demanda actual.

Dentro de los factores que dificultan la provisión de servicios de salud mental de calidad, se encuentra el incumplimiento de la norma técnica que exige disponer de un centro de salud mental comunitario por cada 40.000 beneficiarios de FONASA. Ello puede explicar el aumento en el tiempo de espera para la primera consulta psiquiátrica en el nivel ambulatorio de salud mental de especialidad.¹⁰⁴ En este contexto, una de las entrevistadas relata su experiencia: “Una hora la primera vez esperé. Siempre es así en la salud en general, en salud pública siempre tienes que esperar mucho rato, aunque te estés mu-

¹⁰³ Íd.

¹⁰⁴ Íd.

riendo”(usuaria del sistema de salud público, Comuna de Providencia, 20 años).Este escenario hace difícil dar respuesta de calidad a las necesidades en atención de salud mental de los NNA de nuestro país.

Antes de concluir queremos analizar la situación actual del peor resultado en jóvenes que presentan problemas de salud mental: el suicidio.

4. SUICIDIO JUVENIL EN CHILE¹⁰⁵

Hace veinte años, Australia evidenció una fuerte alza de suicidios en jóvenes. En ese contexto histórico, un *Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental*¹⁰⁶ denunció serias deficiencias respecto a los derechos humanos de afectados, sus familiares y su comunidad. El presente análisis de las condiciones existentes en Chile plantea un panorama muy similar.

Entre 1992 y 2009, las tasas chilenas de suicidio experimentaron un incremento sostenido, pasando de 5,8 a 13,3 muertes por cada 100.000 habitantes (129% de aumento).¹⁰⁷ En 2009, el suicidio se convirtió en la primera causa de muerte externa, superando la mortalidad por accidentes de tránsito, en la población infantojuvenil,¹⁰⁸ con las más alta presencia en regiones extremas y de menor densidad poblacional, como las XI, VI, X, XIV, XII y I.¹⁰⁹ Más allá de las pérdidas humanas, la OCDE ha reportado que esto le cuesta al Estado chileno anualmente US\$ 943 millones, debido a años de vida perdidos prematuramente (AVPM).¹¹⁰

Los incrementos en las tasas de suicidio más significativos se producen en los grupos de 15 a 19 y 20 a 24 años.¹¹¹ Así, entre 1990 y 2002, la tasa adolescente se triplicó de 3,56 a 11,1 muertes por 100.000 habitantes, convirtiéndose en la segunda mayor alza entre los países de la OCDE.¹¹² Destacan las tasas de jóvenes indígenas, 2 a 7 veces más altas que la de población no indígena.¹¹³ Estas tasas

105 Caso elaborado por Jaime Fontbona, candidato a doctor en Salud Pública, Universidad de Melbourne, Australia.

106 Human Rights and Equal Opportunity Commission, *Human Rights & Mental Illness Report: Report of the National Inquiry into Human Rights of People with Mental Illness (Australia)*, 1994, vol. 2.

107 OCDE, *Stat Extracts - Free online version of the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) database*, 2014.

108 Vicente, Saldívia y Kohn, “Epidemiology of Mental Disorders, Use of Service and Treatment Gap in Chile”, *International Journal of Mental Health*, 41 (1), 2012.

109 Servicio Médico Legal (SML), *El suicidio en Chile: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales*. Unidad de Estadísticas, Erwin Nahuelpan y José Varas (Chile), 2010.

110 *El Mercurio*: “US\$ 12.600 millones pierde al año Chile por enfermedades, suicidios y accidentes de tránsito”, 29 de enero de 2012.

111 OCDE, *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, 2011.

112 OCDE, *CO4.1: Teenage Suicide (15-19 years old)*, 2012.

113 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Salud de la población joven indígena en América Latina: Un Panorama general (Chile)*. 2011.

fueron calificadas como vergonzosas para Chile en varias oportunidades por el Ministro de Salud de la época.^{114 115}

4.1. Análisis de la estrategia de prevención del suicidio en Chile

Para la década 2000-2010, el MINSAL fijó como objetivo de salud la reducción en un 10% de la tasa general de suicidio, constatándose un aumento del 60% en su evaluación final.¹¹⁶ Estos resultados parecen coherentes con una falta de prioridad en el abordaje del problema, que se ve reflejada en la casi ausencia de esfuerzos preventivos reportados para el suicidio,¹¹⁷ o su confusión con otros objetivos como la depresión¹¹⁸ y la esquizofrenia,¹¹⁹ o que las medidas adoptadas para enfrentar el suicidio hayan sido descritas en la sección sobre el embarazo adolescente.¹²⁰ Los objetivos de salud para la década 2011-2020¹²¹ son más claros sobre las estrategias preventivas: i) trabajo intersectorial, ii) detección de casos en riesgo, iii) mejoramiento de cobertura y calidad en atención y iv) programa de vigilancia. Pero, pese a incrementarse el objetivo de prevención de la década anterior de 10 a 15%, este se restringe injustificadamente al grupo de jóvenes de 10 y 19 años.

Ahora bien, el siguiente análisis sugiere que estas inconsistencias se deben a la implementación de abordajes predominantemente clínicos, más que preventivos, que fueron diseñados, evaluados y corregidos en forma insuficiente y tardía.

Por ejemplo, un *abordaje indirecto* del suicidio a través de medidas dirigidas a tratar la depresión parece coherente con una visión psiquiátrica convencional, que ha considerado al suicidio como un *criterio de severidad* de otras enfermedades psiquiátricas y no como una entidad independiente.¹²² Esta visión fue respaldada por estudios epidemiológicos retrospectivos, como las autopsias psicológicas, apuntando a las enfermedades mentales como factores de riesgo para el suicidio.¹²³

114 Diario Electrónico Universidad de Chile: "Según Informe de la OCDE: Mañalich: Chile se pone colorado porque la tasa de suicidios es una de las más altas del mundo", 28 de noviembre de 2011, www.radio.uchile.cl.

115 *La Tercera*: "Minsal: Chile registra la segunda mayor tasa de aumento del suicidio adolescente en el mundo", 10 de diciembre de 2012.

116 MINSAL, *Objetivos sanitarios de la década 2000-2010: Evaluación final del período: Grado de cumplimiento de objetivos de impacto (Chile)*, (s.f.).

117 *Íd.*

118 *Íd.*

119 *Ibid.* *Capítulo II: Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad (Chile)*, 2008.

120 MINSAL, *Programa Nacional*, 2013, op. cit.

121 MINSAL, *Metas 2011-2020: Elige vivir sano: Estrategia Nacional de Salud para cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020 (Chile)*, (s.f.).

122 María Oquendo, Enrique Baca-García, John Mann y otro, "Issues for DSM-V: Suicidal Behaviour as a Separate Diagnosis on a Separate Axis", *The American Journal of Psychiatry*, 165 (11), 2008.

123 Jonathan Cavanagh, Alan Carson, Joseph Sharpe y otro, "Psychological Autopsy Studies of Suicide: A Systematic Review", *Psychological Medicine*, 33, 2003.

El diseño de la estrategia preventiva 2000-2010 no consideró evidencia internacional de mayor jerarquía, como son estudios prospectivos en población general y adolescente. Estos estudios son costosos y de largo plazo, y no existen en Chile. Estos descartan relaciones causales entre las enfermedades mentales, como la depresión, y el suicidio.¹²⁴

Además, los abordajes preventivos indirectos del suicidio, basados solo en la atención de salud mental –como el Programa Nacional para la Depresión–, ya en la época de su implementación empezaban a ser desestimados por la literatura internacional.^{125 126 127} Un abordaje basado solo en factores de riesgo, pero sin medidas más específicas, están arriesgado como prevenir enfermedades cardiovasculares apuntando a la obesidad y otros factores, pero sin proveer atención de pabellones especializados. Estas limitaciones comienzan a evidenciarse con la evaluación parcial del Programa Nacional de Depresión, que señaló que el 92% de sus usuarios eran mujeres de edad mediana,¹²⁸ perfil muy distinto al grupo predominante de jóvenes varones en riesgo suicida.

En 2004, en entrevista a *El Mercurio*, el jefe de la Unidad de Salud Mental, el Dr. Alberto Minoletti,¹²⁹ declaró que la emergente alza de suicidios era esperable al considerar la experiencia de EE.UU., Canadá y Europa, y como posible fruto del desarrollo. En el contexto nacional, ahondó en el efecto de la mayor inestabilidad laboral y la pérdida de redes sociales que aumentarían la depresión, esquizofrenia y abuso de drogas y alcohol, y, subsecuentemente, los suicidios.

Probablemente, este análisis impulsó el lanzamiento, cuatro años más tarde, del Programa Integral de Salud Mental en Atención Primaria,¹³⁰ donde convergen la atención de los aludidos problemas y la violencia intrafamiliar, ampliando el abanico de factores de riesgo individual para el suicidio. Luego de 6 años, el Programa Integral no se ha implementado totalmente y no existe información respecto de porqué.

Es necesario destacar que solo a finales de 2013 se ha planificado la evaluación a nivel comunal de actividades para el fomento de las

124 Louise Pouliot y Diego De Leo, “Critical Issues in Psychological Autopsy Studies”, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (5), 2006.

125 James Mercy y Mark Rosenberg, “Building a Foundation for Suicide Prevention: The Contributions of Jack C. Smith”, *American Journal of Preventive Medicine*, 19 (1), 2000.

126 Alexandra Fleischmann, José Bertolote, Myron Belfer y otro, “Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence”, *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (4), 2005.

127 De Leo, “Suicide Prevention is Far More than a Psychiatric Business”. *WorldPsychiatry*, 3 (3), 2004.

128 Alberto Minoletti y Alessandra Zaccaria, “Plan nacional de salud mental de Chile: 10 años de experiencia”, *Revista Panamericana de la Salud*, 18 (4/5), 2005.

129 *El Mercurio*: “Alza en la tasa de suicidios inquieta a Salud”, 6 de junio de 2004.

130 Minoletti, Graciela Rojas y Marcela Horvitz-Lennon, “Salud mental en atención en Chile: Aprendizajes para Latinoamérica”, *Cadernos SaúdeColetiva*, 20 (4), 2012.

redes sociales en jóvenes.¹³¹ Pero aún no se han considerado medidas tendientes a mejorar las condiciones de inestabilidad laboral, pese a que serían sintónicas con el principio de intersectorialidad dispuesto ya en el Plan Nacional de Salud Mental en 2000.¹³²

Ahora bien, la restricción de las metas preventivas del suicidio sólo a la cohorte adolescente no parecen justificadas, dado que la tasa general de suicidios también aumentó. Es esperable que esto no esté motivado por la dificultad de dar con abordajes eficaces. Esto no solo sería políticamente imprudente respecto de un problema que sigue en alza, sino que iría en contra de principios éticos en salud pública, pues el Estado tiene la obligación moral de tomar las medidas necesarias, cuando posea las condiciones para hacerlo, y mientras no se sacrifique nada de igual importancia.¹³³

4.2 Avances en suicidología

En las últimas décadas, la suicidología ha logrado varios avances y diversos países desarrollados han reportado reducción de sus tasas generales.¹³⁴ ¹³⁵ También se han encontrado discrepancias significativas de factores de riesgo entre países industrializados y en vías de desarrollo,¹³⁶ ¹³⁷ como Chile.¹³⁸ Esto ha llevado a la OMS a postular la “cultura” como agente “facilitador, modulador y mediador del suicidio”,¹³⁹ que necesita ser más profundamente comprendido. Así, las prácticas efectivas en prevención del suicidio¹⁴⁰ requerirían tanto de evaluación periódica como de adecuación “cultural” a los contextos de aplicación.

También han surgido polémicas. Mientras que la American Psychological Association (APA)¹⁴¹ ha redefinido el suicidio como categoría diagnóstica independiente de otras enfermedades mentales, la OMS¹⁴² la ha retirado de entre las enfermedades psiquiátricas. Por otro lado, desde 2003 ha surgido preocupante evidencia del aumento de

131 MINSAL, *Situación actual del suicidio adolescente en Chile con perspectiva de género*, 2013.

132 MINSAL, *Plan Nacional*, op. cit.

133 Peter Singer, “The Drowning Child and the Expanding Circle”, *New Internationalist*, 289, 1997.

134 OCDE, *Health at a Glance 2011*, op. cit.

135 OCDE, *CO4.1: Teenage Suicide*, op. cit.

136 Lakshmi Vijakumar, Kanthi Nagaraj, Jane Pirkis y otro, “Suicide in Developing Countries (1): Frequency, Distribution, and Association with Socioeconomic Indicators”, *Crisis*, 26 (3), 2005.

137 Michael Phillips, Gonghuan Yang, Yanping Zhang y otros, “Risk Factors for Suicide in China: A National Case-control Psychological Autopsy Study”, *The Lancet*, 360 (9347), 2002.

138 SML, op. cit.

139 Heidi Hjelmeland, Keith Hawton, Hilmar Nordvikyotros, “Why People Engage in Parasuicide: A Cross-cultural Study of Intentions”, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 32 (4), 2002.

140 OMS, *Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes*, Ginebra, 2010.

141 *Huffington Post Healthy Living*: “DSM-5’s New Approach to Suicide Risk Behavior. The Blog of David J. Kupfer”, 8 de octubre de 2013, disponible en www.huffingtonpost.com.

142 De Leo, “DSM-V and the Future of Suicidology”, *Crisis*, 32 (5), 2011.

suicidabilidad posterior al uso de antidepresivos en jóvenes menores de 24 años,¹⁴³ lo que plantea importantes implicancias aún no evaluadas en los abordajes nacionales implementados.

Además, la prevención en Chile, como en el resto de Latinoamérica, se ve dificultada, por una baja percepción de urgencia del problema entre investigadores,¹⁴⁴ y un reducido número de ellos y de profesionales con capacitación en suicidología, ausencia de fondos específicos, muy pocas instituciones ciudadanas abocadas a la prevención y alto nivel de estigma, entre otros.

En conclusión, el suicidio posee características muy particulares y su prevención es compleja. Los abordajes intentados por el Estado chileno en las últimas décadas son, a lo menos, inconsistentes y carentes de la debida prioridad. Pese a ciertos avances, los insuficientes esfuerzos preventivos han descuidado los derechos de personas en riesgo, principalmente de grupos vulnerables, de acceder a mejores condiciones de bienestar y salud, permitiendo una enorme pérdida social y económica para el país.

Por esto, el Estado chileno tiene la obligación de asumir un rol de liderazgo para generar y sostener las condiciones necesarias para su prevención, congregando a distintos organismos públicos y privados, centros de investigación y organizaciones ciudadanas, en la medida de sus potencialidades.

¿Cómo afrontar entonces el problema del suicidio juvenil? Parecen no existir medidas únicas que aseguren la reducción de este. Así, la prevención debe tender a un sistema multinivel de medidas sostenidas en el tiempo,^{145 146 147} que debiera incluir, además de algunos elementos ya señalados: *creación de una oficina permanente ad-hoc*: que supervise progresos, recopile evidencia relevante, realice evaluaciones y considere reformulaciones, evitando tardanzas. Además, es preciso considerar un *Enfoque de ciudadanía-total (The whole-of-community approach)*: este abordaje congrega una serie de potenciales recursos dispersos en la comunidad¹⁴⁸ y reparte responsabilidades políticas, sin necesidad de reducir las metas sanitarias. Además de las iniciativas de

143 Marc Stone, Thomas Laughren, Lisa Jones y otros, "Risk of Suicidality in Clinical Trials of Antidepressants in Adults: Analysis of Proprietary Data Submitted to U.S. Food and Drug Administration", *British Medical Journal*, 339 (2), 2009.

144 Carla Gallo, Oye Gureje, Itzhak Levav y otros, "Mental Health Research Priorities in Low-and Middle-Income Countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean", *British Journal of Psychiatry*, 195 (4), 2009.

145 OMS, *Public Health for the Prevention of Suicide: A Framework*, (Ginebra), 2012.

146 Clinical Care and Intervention Task Force y National Action Alliance for Suicide Prevention, *Suicide Care in Systems Frameworks*, 2012.

147 Francisco Bustamante y Ramón Florenzano, "Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: Una revisión de la literatura", *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51 (2), 2013.

148 De Leo, "DSM-V and the Future of Suicidology", op. cit.

intervención desplegadas en la actualidad, existen otras de *prevención* y *posvención* (destinada a trabajar con las personas o instituciones que estuvieron relacionadas con la persona que se quitó la vida), que pueden ser apoyadas por la ciudadanía. Dentro de ellas, están las impulsadas en comunidades escolares¹⁴⁹ y lugares de trabajo,¹⁵⁰ para concientizar a la población, dirigidas al cambio cultural y a entregar herramientas comunicacionales para el soporte emocional.¹⁵¹ ONGs como Todo Mejora¹⁵² demuestran el potencial de la ciudadanía en la reducción del estigma asociado al suicidio. En tercer lugar, las asociaciones de deudos y amigos de víctimas permiten reducir riesgo de futuros suicidios por imitación. *Inversión en capacitación, prevención e investigación en suicidio*: en países desarrollados, los planes preventivos son diseñados en conjunto por clínicos, servidores públicos, ONGs e investigadores en suicidología.^{153 154 155 156} El Estado chileno debe promover una capacidad instalada en suicidología,¹⁵⁷ hoy insuficiente.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

1. Escasa evidencia

Chile cuenta con escasa evidencia sobre salud mental de NNA. A ello se suma la falta de información respecto de las acciones que el Estado ha emprendido para atender la salud mental de NNA. Lo anterior: a) dificulta que el Estado efectúe un diagnóstico preciso para determinar los recursos necesarios para atender a dicha población y b) impide el uso eficiente de los recursos del Estado para ofrecer una respuesta adecuada y oportuna a las necesidades de salud mental infantil.

2. Dramáticos resultados

Uno de cada cinco NNA en Chile presenta algún problema de salud mental acompañado de discapacidad, lo cual interfiere con su desarrollo en la actual etapa de la vida y en las posteriores.

149 Bustamante y Florenzano, op. cit.

150 Christina Hoven, Danuta Wasserman, Camilla Wasserman y otro, "Awareness in Nine Countries: A Public Health Approach to Suicide Prevention", *Legal Medicine*, 11, 2009.

151 Fundación Todo Mejora para la prevención del suicidio en grupos de lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT).

152 Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (FONIS), *I Concurso Temático Nacional de Proyectos de Investigación y desarrollo en salud: Salud Mental (Chile)*, 2014.

153 Hjelmeland, Hawton Y Nordvikyotros, op. cit.

154 OMS, *Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes*, op. cit.

155 OMS, *Public Health for the Prevention of Suicide*, op. cit.

156 Clinical Care and Intervention Task Force y National Action Alliance for Suicide Prevention, op. cit.

157 Centro de Investigación Periodística (CIPER), Marianella Abarzúa y Álvaro Jiménez, *Las reformas que urgen*, 10 de abril de 2014.

En 2009, el suicidio se convirtió en la primera causa de muerte externa en jóvenes, superando la mortalidad por accidentes de tránsito. Chile y Corea ocupan los dos primeros lugares entre los países miembros de la OCDE que mostraron tasas crecientes. En Chile, la tasa de suicidio juvenil se duplicó entre 2000 y 2010, pasando de 4 a 8 por 100 mil habitantes.¹⁵⁸ Este es el resultado más grave de no atender oportunamente la salud mental de jóvenes.

3. Ausencia de monitoreo y seguimiento para el necesario trabajo intersectorial

Pese a que el MINSAL¹⁵⁹ ha considerado un abordaje intersectorial desde 2000, este ha sido difícil de implementar.¹⁶⁰ Hoy, el Estado no cuenta con un sistema de seguimiento y evaluación, lo que interfiere con la capacidad de monitorear la efectividad de los programas y obtener un insumo crucial para coordinar la acción intersectorial requerida para proveer salud mental a los NNA. Dada la complejidad que reviste el tema de salud mental, la respuesta estatal debe ser intersectorial y no sectorial como lo es en la actualidad, en que la coordinación está presente a nivel discursivo en los programas pero ausente en los hechos.

4. Carencia de formación

Para el período 2004-2012 se constató una baja en la capacitación en salud mental para médicos de la atención primaria de salud, disminuyendo tanto el porcentaje de médicos capacitados (de 23,1% a 18,6%) como el de centros con al menos un médico capacitado (de 65,1% a 57,4%).

5. Inequidad social vinculada a la salud mental infanto juvenil

La salud mental en NNA puede ser entendida también como un resultado más de la inequidad social existente en nuestro país. Diversos estudios constatan que dimensiones socioeconómicas desfavorables actúan como predictores de peores condiciones de salud mental en NNA. Existe un escenario de procesos de discriminación que se van agregando. Ello puede apreciarse en las inequidades de infraestructura, territoriales y disponibilidad de especialistas, entre otras. Por ejemplo, durante 2012, menos del 8% de los centros de salud mental ambulatorios públicos reconocían un acceso adecuado para usuarios de minorías étnicas, religiosas o lingüísticas. Asimismo, las brechas existentes entre regiones y comunas tanto para la provisión del servicio (horas profesionales) como en la disponibilidad de infraestructura (camas psiquiátricas de corta, mediana y larga estadía), muestran

158 Informe 2013, pp. 165-184.

159 Minoletti y Zaccaria, op. cit.

160 CIPER, op. cit.

enormes inequidades de acceso a la atención de la infancia y adolescencia en salud mental. El gran Santiago urbano tiene el doble de recursos humanos de especialidad ambulatoria y de camas de corta estadía que el resto del país. Se observa como barrera para la calidad de la atención en salud mental de NNA la escasa disponibilidad de especialistas. El porcentaje de profesionales de la red de salud pública que tienen formación en salud mental infantil es escaso e insuficiente. Específicamente, los profesionales de atención primaria tienen un bajo acceso a instancias de capacitación en la temática, y estas se orientan principalmente al uso de medicamentos y estándares dirigidos a profesionales médicos. También es bajo el acceso a formación en salud mental infantojuvenil. Los beneficiarios de los seguros privados o Isapres tienen un acceso 8 veces superior al de los beneficiarios de FONASA.

6. Garantías explícitas excluyen a menores de 15 años

A excepción del programa de tratamiento de problemas de alcohol y drogas, y del primer episodio de esquizofrenia, las patologías de salud mental incluidas en el paquete de GES excluyen a la población menor de 15 años, con lo cual este segmento de la población no cuenta con garantías reclamables ante el Estado.

7. Invertir en salud mental: Una apuesta segura

La no consideración de la provisión oportuna de servicios de salud mental para la infancia reviste mayores costos para el Estado y peores consecuencias para los individuos y sus familias, que la opción por intervenciones más tempranas. Sin embargo, se constata un descenso del porcentaje del presupuesto de salud que se asigna a salud mental. El 2,16% que se reportó para este indicador en 2012 es inferior al 3,1% que se alcanzó en 2008, que su vez es inferior a la meta que fijó el Plan Nacional de salud mental y psiquiatría para 2010 (5%). Chile se encuentra lejos del 10% que destinan los países desarrollados y se desconoce cuánto de ese 2,16% se destina a salud mental infantojuvenil. Asimismo, hoy resulta imposible conocer el nivel de gasto del conjunto de las reparticiones del Estado en materia de salud mental infantojuvenil. Siendo que la oferta sectorial en esta área es diversa en las prestaciones ofrecidas, algunos a nivel de promoción de la salud mientras otros de la provisión de servicios de atención en salud mental, cabe preguntarse si la administración de recursos del Estado es eficiente o si acaso es posible imaginar una mejor manera de organización y optimización de estos.

RECOMENDACIONES

1. El Estado debe incrementar el presupuesto destinado a salud mental a al menos un 5% del gasto total en salud, y evidenciar cuánto de aquello se destina a la población infantojuvenil.
2. Elaborar una ley de protección integral de derechos de la infancia que incorpore un marco regulatorio en consonancia con la CIDN y las interpretaciones emanadas del Comité, y que establezca garantías relativas al resguardo del derecho a la salud y, concretamente, a la salud mental de NNA.
3. Generar una campaña comunicacional que disminuya las barreras de entrada al sistema de salud en materia de salud mental; en concreto, esta campaña debe disminuir el estigma asociado a la salud mental e informar a la población respecto de la oferta pública existente.
4. Fondos especiales para investigación e iniciativas de prevención: se requiere evidencia científica constante sobre las dimensiones culturales y locales del problema de salud mental infantojuvenil para la evaluación de medidas preventivas. Además, se deben fomentar iniciativas preventivas de ONGs en una agenda inclusiva de la ciudadanía. Para eso se requieren más fondos especiales, similares al propuesto por el vigente concurso FONIS. El desafío está en realizar planes y programas de salud mental basados en datos objetivos, para lograr disminuir las brechas de necesidades insatisfechas respecto a la salud mental de NNA.¹⁶¹
5. El Estado debe establecer un sistema de información en torno a la atención en salud mental de la infancia y adolescencia con el objeto de disponer de datos relevantes para la elaboración de políticas públicas adecuadas y oportunas en esta área. Para ello debe contar con mecanismos de seguimiento y evaluación de los diversos programas de salud mental dirigido a NNA.
6. El Estado debe desarrollar servicios especializados para la atención de la salud mental de niños y adolescentes de acuerdo con las características del sistema de salud del país y las necesidades de la infancia, evitando la discriminación social que hoy atraviesa la provisión de este servicio.
7. Elaborar una política nacional de salud mental infanto juvenil más allá de los programas existentes, que, junto con entregar directrices desde una perspectiva de derechos de NNA, establezca los recursos y mecanismos por los cuales se hacen efectivos dichos derechos.

¹⁶¹ De la Barra, "Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia", *Revista chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47 (4), 2009.

8. *Enfoque de gobierno-total*: se requiere de un órgano que sea capaz de coordinar las diversas respuestas que el Estado –a través de múltiples programas– entrega a la población infanto-juvenil, articulando así a los respectivos Ministerios. Esto implicaría la gestión eficiente de recursos y la entrega de una respuesta integral a las necesidades de la población infantojuvenil.
9. El Estado debe establecer alianzas con el sistema universitario para que la formación de los profesionales del área se vincule a las necesidades de la oferta en salud mental infantojuvenil; asimismo, el Estado debe velar por la inclusión en la formación de la perspectiva de derechos de la infancia y adolescencia.
10. Los programas existentes no constituyen garantía reclamable, a excepción del programa GES de alcohol y drogas, y del primer episodio de esquizofrenia. El Estado debe establecer un conjunto de garantías explícitas reclamables en relación a la salud mental de NNA.
11. En relación al problema del suicidio juvenil, se requiere un sistema multinivel que debiera incluir la creación de una oficina permanente ad-hoc que supervise progresos, recopile evidencia relevante, realice evaluaciones y considere reformulaciones, evitando tardanzas. Este debe incluir un enfoque de ciudadanía-total; iniciativas de intervención, prevención y posvención; inversión en capacitación en prevención e investigación en suicidio. En síntesis, el Estado chileno debe promover una capacidad instalada en suicidología, hoy inexistente.