

CAMBIOS A LA NORMATIVA:

Salud Mental y Trabajo: ¿Un Problema en Alza?

- *No es fácil llegar a conclusiones claras sobre estas patologías, tanto por complejidad de diagnóstico como por carencia de estudios nacionales.*
- *Entre 20 y 30% de las consultas por depresión tendrían su origen en el trabajo, cifra que se ha mantenido estable los últimos años.*

Múltiples debates y discusiones han surgido los últimos años en torno a si las condiciones laborales inciden directa o indirectamente en la salud mental de las personas.

Cada día es común escuchar quejas como: “el trabajo me tiene estresado” o “me deprime ir a mi oficina”. Pero estos comentarios, ¿son una muestra de una patología? ¿Hay una inadecuada interpretación por parte de las personas?, ¿o reflejan una realidad creciente de aumento de los problemas de salud mental entre los trabajadores?

La línea que divide cuándo una afección mental es causada directamente por el trabajo es muy fina y puede prestarse para errores o inexactitudes diagnósticas. De acuerdo a análisis hechos en la Asociación

Chilena de Seguridad (ACHS) y que fueron presentados en julio durante un taller para periodistas chilenos, las consultas por afecciones mentales recibidas en el Hospital del Trabajador Santiago (HTS) se han incrementado durante los últimos años. Sin embargo, del total de consultas, sólo un tercio, es decir, el 30% de las que son catalogadas legalmente como “neurosis ocupacionales” o “neurosis profesionales incapacitantes” tienen su origen directamente en el trabajo. Y esa proporción se ha mantenido estable los últimos años.

El estudio realizado por el Servicio de Salud Mental HTS abarca el periodo 2000 a 2004. Mientras en 2000 se recibieron 137 consultas, sólo 31 tuvieron como causa el trabajo. Para 2004, las consultas habían

aumentado a 272 y, de ellas, 86 correspondían a neurosis ocupacional.

Según la doctora Gabriela Moreno, epidemióloga del HTS, los casos correspondientes a neurosis ocupacional se mantuvieron en una tendencia de entre el 20 a 30% de la totalidad de consultas.

Estas cifras abren múltiples interrogantes: ¿este 30% es alto o bajo? ¿Se estará atribuyendo al trabajo un porcentaje errado de los diagnósticos que se realizan en los subsistemas público y privado de salud? Y, finalmente, ¿es el trabajo un factor determinante de patologías mentales?

Cifras escasas

El recientemente modificado Decreto Supremo 109 establece con claridad en su artículo 16 que “para que una enfermedad

se considere profesional es indispensable que haya tenido su origen en los trabajos que entrañan el riesgo respectivo, aun cuando éstos no se estén desempeñando a la época del diagnóstico”.

Esta modificación, si bien no cambia el término “neurosis ocupacional” –ya obsoleta para muchos expertos–, sí establece un cambio al definir mejor este tipo de problema. La nueva normativa define este agente específico de enfermedad como “neurosis profesionales incapacitantes que pueden adquirir distintas formas de presentación clínica, tales como: trastorno de adaptación, trastorno de ansiedad, depresión reactiva, trastorno por somatización y por dolor crónico”. Factores de riesgo, en este caso, son “todos los trabajos que expongan al riesgo de tensión psíquica y se compruebe relación de causa a efecto”.

Actualmente en Chile no se dispone de estudios que permitan determinar cuál es la carga de la patología mental en la productividad laboral. Y si bien hay más identificación, no hay certeza de que sea un problema en aumento.

En lo que sí se puede aventurar un análisis es en la cifra de 20% a 30% de diagnósticos de neurosis laboral en el HTS. La doctora Gabriela Moreno explica que “el diagnóstico de neurosis no existe en la clasificación internacional de enfermedades. Incluso en el Decreto 109 (Ley 16.744) el concepto se amplió y especificó en varios diagnósticos como trastorno de adaptación, depresión reactiva, trastorno por somatización o dolor crónico y reacción de ansiedad”.

Agrega que esta modificación no debería causar revuelo en la gente ya que “es algo que estábamos trabajando hace tiempo. Sólo se especificó más. La depresión reactiva siempre estuvo contemplada en la ley, lo que pasa es que antes se hablaba de la neurosis ocupacional, pero la separábamos, sabiendo que ese diagnóstico como tal no existía, y la segmentábamos en los diagnósticos que correspondía”.

Irma Rojas, asesora de salud mental del Ministerio de Salud, coincide con ese análisis. “Medir el estrés o las condiciones ambientales dentro del trabajo es bastante más difícil, y justamente lo que se logró fue tipificar y caracterizar los ambientes laborales generadores de estrés, así como facilitar los diagnósticos”.

El superintendente de Seguridad Social, Javier Fuenzalida, define esta modificación como “un ordenamiento de un montón de cosas que ya existían. Nosotros vemos enfermedades comunes y profesionales y tenemos la visión de abanico más

TENDENCIA AL ALZA

Análisis realizados en el Hospital del Trabajador Santiago muestran que las neurosis ocupacionales van en una progresiva tendencia alcista

Año	Casos en estudio	Neurosis ocupacionales	% neurosis ocupacionales
2000	137	31	22,6
2001	173	28	16,1
2002	229	64	27,9
2003	263	72	27,3
2004	272	86	31,6

Fuente: Hospital del Trabajador Santiago

completo. Se ha determinado que para el tema laboral la enfermedad debe ser causada en forma directa por el trabajo. En este sentido, el decreto ayuda a especificar las condiciones para identificarla”.

El doctor Policarpo Rebolledo –psiquiatra del HTS– agrega que la neurosis “es un término que está fuera de las clasificaciones en la actualidad. Desde 1983, la clasificación americana de enfermedades sacó este concepto, pero la ley chilena todavía lo utiliza. Como la ley lo mantiene, la neurosis ocupacional se refiere a un trastorno mental en que la perturbación es expresada mediante un síntoma que resulta desagradable para el individuo, pero el juicio de realidad está intacto. La conducta no está alterada y el trastorno es persistente si no se trata”.

Según los profesionales, el trabajo pasa a constituirse en un factor de riesgo cuando existen situaciones totalmente identificables en que se pueda señalar que la acti-

vidad está causando problemas, en cuyo caso debe demostrarse la relación directa entre esa situación y la enfermedad. Vale decir, que si el factor no se presenta, el trastorno no se produce.

Para que el trabajo origine patologías mentales debe contar con ciertas condicionantes como: sobrecarga, hostigamiento, menoscabo de funciones, ambigüedad de rol, ausencia de medios para ejercer un cargo, la subcarga o conflictos éticos.

Vincular trabajo y una patología mental no es sencillo. Antes de hacerlo, se deben descartar factores externos que inciden en la enfermedad. Es una mezcla entre las respuestas del individuo, los factores del medio ambiente o las distintas susceptibilidades.

Por ejemplo, si un trabajador se estresa porque su trabajo no le alcanza para solventar los gastos del hogar, no se está frente a una patología de origen laboral, sino familiar. Distinto es si se demuestra

¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES MENTALES?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una condición mental saludable es: “un estado de bienestar en que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a la vida de su comunidad”.

Por el contrario, un estado de salud mental enfermo es: “un comportamiento anómalo que en la mayoría de los casos se acompaña de malestar o interfiere con la actividad del individuo”.

Esta definición, según el psiquiatra Policarpo Rebolledo, especialista del HTS, es en un sentido muy amplio, ya que, según las características de los síntomas de la enfermedad, se va definiendo si se trata de trastornos somatomorfos, angustiosos, adaptativos o depresivos.

De todos ellos los más frecuentes son:

a) **Trastornos de adaptación:** Son los más comunes. Surgen en relación a un evento determinado, por ejemplo, no alcanzar metas, la ansiedad generada por desafíos, o la pérdida de un ser querido. En estos casos se puede desencadenar un trastorno por pena llegando incluso a caer en depresión. Son trastornos leves, pero si no se tratan pueden ser persistentes en el tiempo y pasar a un cuadro mayor. Su sintomatología se presenta con trastornos físicos, angustiosos y depresivos.

b) **Cuadros angustiosos:** En estos casos se trata de una alteración del individuo, quien está inquieto y con la sensación de que algo ocurrirá. Dicha ansiedad se manifiesta física y mentalmente, presentando síntomas físicos como taquicardias, sudoración, insomnio e inquietud. También pueden surgir alteraciones del apetito e incluso ataques de pánico.

c) **Trastornos depresivos:** Se pueden presentar en forma leve, moderada y grave. Se caracterizan por presentar la misma sintomatología que los cuadros angustiosos, pero se suma un compromiso del ánimo importante. La persona no tiene energía, está triste, no tiene capacidad para disfrutar de las cosas y tiene mucho pesimismo. En el caso de una depresión grave, la persona puede llegar a tener pensamientos suicidas, hay sensación de incapacidad, y la motivación es mínima.

que el trabajo afecta directamente la condición mental del trabajador.

La doctora Moreno explica que la percepción de la gente respecto a que “el trabajo enferma” es cada vez mayor, pero establecer una relación directa entre la percepción y lo concreto es compleja. “Lo que ha aumentado es el número de casos en consulta, pero la relación diagnóstica se mantiene más o menos estable”. Sustenta su opinión en las dificultades para vincular trabajo y patología mental, en la multiplicidad de factores externos al trabajo que inciden en un trastorno, la predisposición del ser humano a adjudicar a su entorno laboral estas patologías, y en que ese 20% a 30% de problemas mentales causados por el trabajo se ha mantenido proporcional al aumento de consultas en general.

Policarpo Rebolledo interpreta esta última cifra como una relación directa originada por el crecimiento de consultas por patología mental en general. “Ha aumentado porque la gente está más consciente de sus derechos y exige atención; además, el ritmo de trabajo es más estresante, la gente tiene menos tiempo de hacer sus cosas, para distraerse. Ir a comprar es la nueva distracción”.

Una opinión complementaria tiene el superintendente Fuenzalida: “en términos objetivos, lo que está ocurriendo es que día a día el número de enfermedades mentales de todo tipo –no solamente depresión– ha aumentado. Eso tiene que ver con la forma de trabajar y de vivir en Chile. El hecho de que vivamos tan lejos del trabajo, con jornadas laborales extensas, que tengamos índices de presión altos o muchos temores en el trabajo, provocan que las personas se enfermen de problemas mentales”.

Durante 2005, la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) realizó un análisis con los 10 diagnósticos más frecuentes entre afiliados de las isapres y del sistema público de salud. Los resultados muestran que, en FONASA, los trastornos mentales y de comportamiento llegan a 12,5%, mientras que entre los afiliados a las isapres esta cifra llega a 15,6%.

Según este informe, sólo el lumbago, con 16%, supera los trastornos mentales y de comportamiento. No obstante, si se consideran los cuadros asociados a patologías psiquiátricas (episodio depresivo, trastorno depresivo, trastornos neuróticos y trastornos de ansiedad), tanto en isapres como en Fonasa, éste pasa a ser el problema más relevante.

PANORAMA INTERNACIONAL

La relación entre el trabajo y la salud mental está preocupando desde hace algunos años a diversos agentes. Un estudio elaborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) titulado “*Mental health in the workplace*”, presentado en Ginebra en octubre de 2000, asegura que el trabajo sí se está convirtiendo en factor determinante como foco generador de cuadros neuróticos y sus derivados.

El informe analizó la relación entre salud mental y trabajo en Alemania, Estados Unidos, Finlandia, Polonia y Reino Unido. Todos estos países fueron elegidos no por la incidencia o prevalencia de patología mental ligada al trabajo, sino porque cuentan con diversos programas o sistemas de protección tanto en lo legal como en lo asistencial.

Midió además productividad laboral, pérdida de renta, costos de la asistencia sanitaria y de seguridad social, acceso a los servicios de salud mental y las políticas de empleo para quienes se encuentran mentalmente enfermos.

En Estados Unidos se observó que la depresión clínica afecta cada año al 10% de los adultos en edad de trabajar, lo que implica pérdidas cercanas a los 200 millones de días de trabajo al año. En Finlandia, se estima que 50% de los trabajadores sufre alguna sintomatología ligada a estrés y 7% padece cansancio severo. En Alemania, los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de las jubilaciones prematuras y la incapacidad laboral por depresión se prolonga dos veces y media más que la provocada por otras enfermedades. Es esta nación se estima que el monto total de pérdidas por ausentismo laboral asociadas a salud mental se empujan sobre los 5 mil millones de marcos al año, es decir 3 mil millones de dólares. En el Reino Unido se estima que 30% de los empleados sufre problemas de salud mental. En Polonia, la asistencia sanitaria por problemas de salud mental iba en alza al momento del estudio de la OIT, en especial por depresión.

De acuerdo al análisis hecho por la OIT, el alza de problemas de salud mental en trabajadores tiene orígenes comunes como los cambios sociales y culturales, el *boom* tecnológico, el cambio en la estructura laboral con la aparición de empleos *part time*, las bajas remuneraciones, la subcontratación, la incertidumbre y falta de confianza en el futuro.

La incidencia de problemas de salud mental de origen laboral va en alza, al punto que 10% de los trabajadores en promedio ya presenta depresión, ansiedad, estrés o cansancio. Además de desempleo y hospitalizaciones, entre 3% y 4% del PIB de la Unión Europea está siendo destinado a pagar atenciones por salud mental, lo que equivale a unos ₪ 400 millones. Actualmente, es el motivo más común para la asignación de pensiones de incapacidad en el viejo continente.

Phyllis Gabriel, la principal investigadora de este informe, plantea que “los empleados sufren desánimo, cansancio, ansiedad, estrés, pérdida de ingresos e incluso desempleo, con el agravante, en algunos casos, del inevitable estigma que lleva asociado la enfermedad mental. Para los empleadores, los costos se traducen en baja productividad, disminución de los beneficios, altas tasas de rotación y mayores costos de selección y formación del personal sustituto. Para los gobiernos, los costos incluyen gastos de atención sanitaria, pagos por seguros y merma de renta a nivel nacional”.

Los países mencionados en este estudio están tomando acciones. En Polonia, por ejemplo, se han dictado normas sobre salud mental; en Finlandia, el empresariado está incorporando una cultura de promoción de la salud mental; Alemania ha fortalecido su sistema de asistencia sanitaria para la salud mental y ha desarrollado con mucho éxito programas para reducir el estrés con técnicas de relajación y otros mecanismos. En el Reino Unido, los grupos de trabajadores y sus empleadores tienen un importante rol en la discusión de políticas de salud pública. En Estados Unidos, a su vez, los empresarios ya se dan cuenta que sufren importantes pérdidas económicas si sus trabajadores se desempeñan en ambientes no favorables a su salud mental.

En el Ministerio de Salud (MINSAL) poseen datos generalizados que no indagan en este punto en específico. Irma Rojas, asesora en salud mental de la cartera, señala: “actualmente tenemos mayores registros de la patología, lo que no significa que haya aumentado la neurosis de tipo ocupacional, sino que tal vez existe un mejor conocimiento de los usuarios que están exigiendo atención”.

La Encuesta Nacional de Salud de 2003 detectó que 16% de las personas de 17 a 24 años reconoce haber presentado alguna vez síntomas de depresión. Entre personas de

25 a 44 años, el porcentaje sube a 19%. De 45 a 64 el porcentaje es de 18% y en mayores de 65 este porcentaje es de 14%. “O sea, estamos oscilando entre 15% y 20% de personas que ha tenido síntomas depresivos”, señala la asesora ministerial.

Los especialistas coinciden en que no hay evidencia concreta de que las “neurosis profesionales incapacitantes” hayan aumentado, pero tampoco piensan que esto esté totalmente descartado. En lo que sí hay consenso es en que las patologías mentales durante los últimos 4 ó 5 años han aumentado debido a un ritmo de vida competi-

tivo, un medio ambiente hostil, proyectos de vida difíciles de concretar y mucha autoexigencia.

¿Derivaciones erradas?

Durante el último tiempo, además, se ha advertido un fenómeno que lleva a hacerse muchas preguntas. La demanda por consultas de salud mental atribuidas al trabajo y derivadas desde las aseguradoras ha crecido. Y esto se traduce en que más y más trabajadores son acogidos por las mutualidades en una segunda instancia, tal como lo determina la actual legislación. No obstante, al ser evaluados por especialistas en las mutualidades, éstos se dan cuenta que no existen situaciones estrictamente ligadas al trabajo. Por eso, la tasa de permisos atribuibles al trabajo no ha crecido sustancialmente o al mismo ritmo de las derivaciones desde los seguros a las mutualidades.

A pesar de ser un tema relevante, no hay mucho conocimiento al respecto. Este proceso se genera cuando el médico tratante emite una licencia médica con un diagnóstico de patología mental atribuible al trabajo. En esos casos, los seguros rechazan el permiso, pues, por tratarse de un problema originado por el trabajo debe ser asumido por las mutualidades. Estas últimas se ven entonces obligadas por ley a atender al paciente, ya que la normativa dice que el trabajador tiene que ser atendido en el segundo organismo al que llegue, o sea, la mutualidad.

Para que las mutualidades puedan determinar si la patología tiene su origen en el trabajo o no, deben cumplir con un circuito extenso y costoso de evaluación que consta de varias etapas.

La primera es la evaluación psiquiátrica, que considera un diagnóstico psicopatológico. La segunda es la evaluación psicológica, en que se realiza una entrevista semiestructurada para obtener información biográfica y laboral y se exploran sucesos vitales que puedan estar influyendo. También se evalúa la actitud hacia el trabajo y la relación con jefaturas y pares. La tercera fase es la entrevista en la empresa, en que se describen cargos, funciones y trayectoria, capacitación y responsabilidades, las relaciones interpersonales y los posibles factores desencadenantes.

Una vez reunida toda esta información se concluye si el caso derivado corresponde o no ser tratado como laboral. De no ser

DIFICULTAD DIAGNÓSTICA

Determinar cuándo una patología mental es originada por el trabajo resulta una tarea muy difícil. Según la doctora Gabriela Moreno, especialista del Hospital del Trabajador, deben cumplirse al menos tres factores.

El primero es que debe ser incapacitante. Esto implica que debe generar días de reposo o incapacidad permanente.

Un segundo requisito es que el problema de salud mental debe ser causado en forma directa por el trabajo. Es decir, que los factores que la generen sean propios del puesto de trabajo. Pero además debe considerarse como factor de riesgo la “tensión psíquica excesiva” —según la definición legal—, lo que es un estado permanente de tensión.

El tercer elemento a considerar es la evaluación clínica, que busca verificar si el trastorno se habría desencadenado igual si el factor estresante no estuviera presente.

Pero la complejidad no termina ahí. La doctora Moreno señala que hay otros fenómenos asociados que pueden llevar fácilmente a confusión o a equivocaciones al momento de diagnosticar.

Cita por ejemplo la resiliencia del individuo, es decir, la capacidad de cada persona de responder ante la adversidad. Esto va de la mano de otros factores extralaborales como el medio ambiente social e incluso la situación política del país o su situación económica personal.

Otro aspecto relevante es la vulnerabilidad individual, es decir, hasta qué punto esta persona es tan frágil que cada vez que tenga un problema sufrirá una recaída. Visto desde otro punto de vista, es saber si la persona cuenta con una salud mental para un puesto laboral y si percibe su trabajo como un castigo en vez de una opción de desarrollo y crecimiento personal.

También puede afectar la detección que la empresa o el mismo paciente oculten información o falten a la verdad, exagerando o atenuando situaciones.

Varios son los factores que más potencian cuadros que pueden ser catalogados como “neurosis profesionales incapacitantes”. La especialista cita el hostigamiento de las jefaturas, aunque ello es muy difícil de demostrar; la sobrecarga laboral autoimpuesta; los llamados elementos gananciales, es decir, la falta de motivación del paciente para volver a trabajar cuando tiene una atención gratuita y con sueldo garantizado.



así, la mutualidad apela a la Superintendencia de Seguridad Social. Si ésta falla a favor de la mutualidad, ésta le cobra al seguro todos los gastos. Para el doctor Rebolledo “estas derivaciones pueden sobrecargar innecesariamente el sistema. Nosotros recibimos alrededor de 1.000 a 1.200 enfermos nuevos cada año”. El experto cuestiona el criterio de las derivaciones porque “la isapre no hace evaluación del puesto de trabajo como nosotros. Por lo menos eso pasa en los casos que llegan acá”.

Autocuidado

A esta mayor detección se suma otro tema: la importancia que se da al autocuidado, tanto en las empresas como en el trabajo que desempeñan las mutualidades. Tania Labbé, psicóloga del Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), resalta la importancia del autocuidado en diversos niveles como una forma adecuada de evitar el problema.

El autocuidado es una línea de gestión que se desarrolla directamente con los trabajadores, y con la gerencia a nivel organizacional. La idea es lograr que los

EL "EFECTO AUGE"

Hasta el 1 de julio de 2006, muchos pacientes con depresión no tenían muchas opciones de atención. Este tipo de patología tenía una mínima cobertura en los seguros privados de salud (isapres), que limitaban las atenciones a un número reducido de prestaciones al año. En el sector público la situación era peor debido a la carencia casi absoluta de recursos, fármacos y disponibilidad de especialistas.

El costo de un tratamiento podía ir desde los \$56 mil mensual —en el caso de una depresión leve o moderada—, hasta \$500 mil mensual —en el caso de una de tipo severa—, de acuerdo a datos proporcionados por la Superintendencia de Salud.

No obstante, desde ese día, el tratamiento de la depresión pasó a ser un derecho garantizado y exigible ante la ley con coberturas y precios conocidos, pues fue incluida dentro de las prioridades del Régimen de Garantías en Salud o "plan AUGE". Aunque al comienzo del proceso de reforma se consideraba que esta cobertura se otorgaría sólo a mujeres de 20 a 44 años, se amplió el grupo beneficiado.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud de 2003, 64,5% de las personas encuestadas presenta criterios suficientes para realizar una indagación a fin de verificar una posible depresión clínica. De igual forma, 46% manifiesta haber sentido tristeza o desánimo o depresión y 1,3% reconoció haber consumido antidepressivos.

El superintendente de Salud, Manuel Inostroza, explica que los primeros estudios de cargas de enfermedad hechos en Chile en 1993 evidenciaron que la salud mental era un problema emergente. En este estudio se evaluó el peso de las distintas patologías, descontando el número de fallecidos y considerando las alteraciones o deterioros que sufren las personas afectadas por una patología.

Los resultados de estos análisis, recuerda Inostroza, permitieron ratificar que las enfermedades mentales no contaban con una adecuada cobertura en el sector público y privado, que producían un deterioro a la calidad de vida de mucha gente y que había que ponerla a la par de otras afecciones consideradas importantes hasta ese entonces, como los males cardiovasculares o el cáncer. "Todos los datos desde 1993 mostraban que las afecciones mentales debían estar cubiertas", señala Inostroza. De hecho, en 2004, durante el proceso de diseño de las guías clínicas de atención en el AUGE se detectó que focalizar la atención de la depresión sólo en mujeres de 20 a 44 años excluía a un número muy alto de personas. Por ello se tomó la decisión política de ampliar la cobertura a todos los chilenos con depresión que tengan más de 15 años, indica. "Varios estudios contribuyeron a que el problema de la depresión no se focalizara tan específicamente a un grupo poblacional, ni menos de género. Por eso decidimos ampliar el rango de cobertura", dice Inostroza.

La Superintendencia de Salud estima que el costo total de cubrir la depresión tanto en isapres y Fonasa es de aproximadamente \$59 mil millones anuales para unas 500 mil personas (300 mil afiliados del sistema público y 200 mil del privado). Ello representa casi 9% del costo total de las 56 prioridades del Régimen de Garantías Explícitas en Salud, estimado en \$555 mil millones anuales para 2007.

Pero la duda que surgió de inmediato es si se podía dar soporte a la esperada demanda a un problema que nunca antes se resolvió. De hecho, los primeros días la demanda fue tan importante que la red privada no dio abasto al número creciente de consultas y hubo que contratar más especialistas. En el sistema público se dispuso de 130

cargos para contratar psiquiatras y psicólogos para dotar a todos los servicios de oferta.

El superintendente Inostroza recuerda que la población debe acudir a su prestador designado para el tratamiento de la depresión en la modalidad AUGE y, en caso de no encontrar solución, debe presentar su reclamo en la Superintendencia de Salud o sus oficinas regionales a fin de que se tramite expeditamente la cobertura, ya sea en un prestador público o privado, en cuyo caso el Fondo Nacional de Salud (FONASA) deberá asumir los costos que implique no poder resolver el problema con sus propios sistemas.

Para las isapres también implicó una serie de repercusiones. El director ejecutivo de la Asociación de Isapres, Rafael Caviedes, explica que si bien las isapres consideraban coberturas parciales de las patologías mentales en los planes, el gran cambio se produce con la introducción obligatoria del financiamiento de fármacos. "Todo incremento de prestaciones AUGE, entre ellas las mentales, ha significado para las isapres un alza importante en gastos de medicamentos. Si bien son enfermedades que de alguna manera estaban incorporadas en los planes de salud de, la entrega de medicamentos no estaban; y ése es el nuevo costo que se debe asumir", indica.



Sin embargo, para el primer año de puesta en marcha legal del plan AUGE (2005), sólo una de 15 isapres optó por cobrar a sus afiliados por otorgar el plan AUGE. Operaron razones de marketing. Pero la estimación de las isapres es que esta opción no es sostenible en el tiempo debido a que los costos de la salud crecen a 5% promedio anual.

Obviamente se tendrán que hacer cargo los afiliados ya que, por el contrario, el sistema público subsidia a los adscritos al Fonasa a cambio de que se atiendan en la red pública.

Fundamentalmente, según Caviedes, hay una competencia que le es desfavorable: "tenemos un gran competidor que es FONASA, que a nuestro juicio es un competidor desleal porque se le hacen las mismas exigencias que a las Isapres, pero se le asignan recursos estatales. En cambio, para nosotros, cada exigencia significa que hay que llevar el costo a la prima y, en definitiva, son los propios afiliados al sistema los que tienen que pagar esos montos". La solución pasa, según las isapres, por montar un sistema en que el Estado subsidie a las personas y que éstas tengan libertad de elegir si quieren atenderse con seguros privados o públicos y, a la vez, con los prestadores que éstos consideren a través de diversos convenios.

Pero los costos generados por esta patología antes del 1 de julio se han abaratado para los usuarios, ya sean del sistema público o privado. En el caso de FONASA, los beneficiarios de los tramos A y B reciben atención gratuita; el tramo C paga el 10% de la prestación y el tramo D un tope de 20% de la prestación. En ambos casos, el tope máximo de copago equivale a 2 veces el sueldo como máximo.

Datos entregados por la superintendencia de Salud indican que el ahorro por tratarse la depresión en la modalidad AUGE va desde los \$49 mil a los \$512 mil. Si bien el AUGE está cumpliendo con suplir la necesidad de cobertura de una patología costosa, tiene sus falencias. El primero que surgió —y que se ha ido subsanando— es la carencia de especialistas. Otro fantasma que persiste es el creciente número de derivaciones a las mutualidades por diagnósticos errados sobre el supuesto peso laboral en los cuadros depresivos.

NUEVAS GARANTÍAS

Desde el 1 de julio pasado, la depresión se incorporó al listado de 40 prioridades del Régimen de Garantías Explícitas en Salud o "Plan AUGE". Pese a que inicialmente se había planificado que esta patología sólo sería cubierta a mujeres de 20 a 44 años, el Ejecutivo determinó ampliarla y cubrir a todos los chilenos de 15 años en adelante, sin importar género.

Las estimaciones de la autoridad apuntan a que 300 mil afiliados de Fonasa y 200 mil afiliados a las isapres usarán este beneficio en el primer año de vigencia.

Las garantías contempladas, además de exámenes y medicamentos, son:

Tratamiento Depresión Leve y Moderada

- Consulta o control médico integral en atención primaria
- Consulta o control por psicólogo clínico
- Consulta de salud mental por otros profesionales
- Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores)
- Visita de salud mental por otro profesional
- Intervención comunitaria (20 pacientes)
- Consultoría de salud mental por psiquiatra (sesión 4 horas) (mínimo 8 pacientes)
- Consultoría de salud mental por otro profesional (6 pacientes)
- Grupo de autoayuda (40 personas)

Tratamiento Depresión Grave

- Día cama integral psiquiátrico diurno
- Día cama hospitalización integral psiquiatría corta estadía
- Consulta de psiquiatra
- Consultoría de salud mental por psiquiatra (sesión 4 horas) (mínimo 8 pacientes)
- Consulta o control por psicólogo clínico
- Psicodiagnóstico
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de grupo (por psicólogo o psiquiatra) (4 a 8 pacientes)
- Psicoterapia grupal con co-terapeuta (6 pacientes)
- Consultoría de salud mental por otro profesional (6 pacientes)
- Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores)
- Grupo de autoayuda (40 pacientes)
- Intervención comunitaria (20 pacientes).



trabajadores adopten conductas que vayan en beneficio de su propia persona. "Debe ser una decisión que toma el trabajador y que se traduce en una práctica adoptada de manera intencional", dice.

Lo que se trata de hacer es generar un quiebre marcando un antes y un después en la conducta de los individuos frente a los riesgos laborales.

Esta técnica, si bien tiene como fin original evitar accidentes que lesionen físicamente a los trabajadores, también trabaja a nivel emocional y, por ende, mental. "Cuando se habla de conductas seguras se influye también en el manejo del estrés, ya que ser capaz de generar conductas seguras incide tanto en la habilidad de enfrentarse con una máquina como con un grupo", indica. Si bien este tema ya ha sido discutido por especialistas, las acciones de intervención provenientes desde el Estado aún son aisladas y de alcance pequeño.

El superintendente de Seguridad Social, Javier Fuenzalida, explica que se han realizado algunas experiencias positivas que esperan poder replicar en el corto plazo. "Una de las que han resultado exitosas a nivel mundial son las llamadas 'pausas diarias de trabajo'. Cada mutua- lidad le da un nombre distinto y consiste en que un instructor acude, idealmente todos los días, al lugar de trabajo y saca a las personas de sus funciones no más de 5 a 15 minutos, para realizar ejercicios no intensivos, sino que básicamente de distensión muscular y de relajación mental. Esto incide directamente en que las enfermedades de todo tipo caen en más de 60% en los lugares de trabajo donde se han aplicado estas políticas".

A ello se ha agregado los llamados "Diálogos Sociales" entre mutualidades, empresarios, trabajadores y otros actores de la prevención, que discuten, entre otros aspectos, nuevas prácticas para abordar este problema. Según Fuenzalida, "la idea no es llegar a algún consenso o política única, sino que solamente dar opinión respecto a qué se debe hacer en prevención de riesgos y buscar la manera de incorporar las necesidades que sean detectadas durante los diálogos".

Hasta ahora se han

DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Estos son los trastornos más comunes revisados en el HTS.

Tipo de trastorno	Porcentaje de casos
Trastorno de adaptación	57%
Depresión	32%
Asintomático	7%
Trastorno de ansiedad generalizado	2%
Trastorno disociativo	2%

Fuente: Hospital del Trabajador Santiago

realizado este tipo de acciones en varios lugares del país junto a la industria minera, salmonera y agrícola. Las conclusiones de estos diálogos han sido parecidas: incorporar a las familias en la prevención de riesgos; generar más conciencia de autocuidado y establecer procesos de formación continua. Sobre este último aspecto, Fuenzalida plantea que debe formarse a los futuros trabajadores desde la etapa escolar a fin de que ingresen al mundo laboral con ciertos conocimientos de prevención de riesgos en el trabajo.

En Chile la protección de la salud mental aún es incipiente. Hasta 2005, el presupuesto chileno para estos problemas era muy bajo. A partir de este año se incorporó la cobertura obligatoria de la depresión para todos los mayores de 15 años afiliados a isapre y Fonasa, como parte de los beneficios del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) o "plan AUGE", que se suma a la modificación al decreto 109, del 7 de marzo pasado.

Este tipo de medidas ya están teniendo diversos niveles de impacto y han permitido replantear la forma de afrontar la patología mental ligada al trabajo y evaluar sus costos y alcances.

Patricia Sánchez

Correspondencia / Correspondence
Diagonal Paraguay 29 piso 4
Fono (56 -2) 6852961
e-mail: pats_sr@yahoo.es
Recibido: 31 de agosto 2006
Aceptado: 19 de septiembre 2006

Links de interés:

- Informe OIT <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/200/0/37.htm>
- Ministerio de Salud www.minsal.cl
- Superintendencia de Salud www.superintendenciadesalud.cl
- Superintendencia de Seguridad Social (SUSES) www.suseso.cl
- ACHS www.achs.cl