

Mente sana en bolsillo sano

Recomendaciones de política
para mejorar la salud financiera y mental
en la República Dominicana



Tabla de contenido

Introducción	03
Marco Teórico y Empírico	06
Revisión de literatura	08
Consideraciones sobre COVID-19	18
Mejores prácticas internacionales en políticas públicas en salud mental y salud financiera	24
Salud mental	24
Salud financiera	31
Salud mental en la República Dominicana	34
Contexto	34
Consideraciones sobre COVID-19	37
Salud financiera en la República Dominicana	38
Contexto	38
Consideraciones sobre COVID-19	40
Recomendaciones de políticas públicas para la República Dominicana	42
Bibliografía	44

Introducción

Según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, la salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De aquí podemos entender que cuando hablamos de salud, por necesidad estamos hablando de salud mental, y que la misma no se circunscribe exclusivamente a la falta de trastornos mentales. De hecho, la misma OMS (2018) la describe como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”. Resulta evidente, entonces, que encontrarse en un estado de salud mental es un elemento esencial para que las personas logren el bienestar pleno.

Por su lado, cuando hablamos de salud financiera no existe una definición de una entidad multilateral como lo es la OMS para la salud y la salud mental, pero al igual que como lo hace la OMS para definir salud y salud mental, es necesario definir salud financiera positivamente y no solo como la falta de trastornos negativos, es decir, la falta de deudas problemáticas. Para esto, tomaremos prestada la definición que el BBVA (2021) de España le da cuando dice que la salud financiera es “un estado de ser de la persona, el cual le permite cumplir perfectamente con sus obligaciones financieras, se encuentra en una situación de tranquilidad ante su futuro financiero y es capaz de tomar decisiones que le permitan disfrutar de su vida”. Al igual que con la salud mental, la salud financiera es un factor que se hace necesario para que las personas puedan sentirse con libertad y en plenitud de condiciones.

A pesar de ser dos elementos que resultan tan importantes para alcanzar un estado de bienestar, tanto la salud mental como la salud financiera son problemas que no han sido afrontados correctamente, no solo en República Dominicana, sino en el mundo entero.

Los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad son muy prevalentes en la población a nivel mundial. En promedio, en cualquier momento, el 15% de la población en edad laboral se ve afectada por síntomas de trastornos. Aún más, alrededor del 56% de las personas que reportan haber tenido depresión no reciben en ningún momento el tratamiento adecuado.

Se estima que el costo directo de la falta de atención a la salud mental es de entre 3.5% y 4% del PIB mundial anualmente. Esto se debe a que esta falta de atención tiene efectos en reducción de la productividad, ausencias laborales, discapacidad y desempleo. A estos, se tendrían que agregar los costos indirectos de la reducción del bienestar de las personas afectadas.

La relación entre la salud mental y la salud financiera es directa. Según estimaciones internacionales, las personas con problemas de salud mental tienen tres veces y media más probabilidades de tener deudas que les estén causando problemas presupuestarios. Así mismo, la mitad de todas las personas con este tipo de deudas también tienen un problema de salud mental. Las personas con depresión y problemas de

deudas tienen cuatro veces más probabilidades de seguir teniendo depresión 18 meses después, en comparación con las personas sin dificultades económicas. A modo de ejemplo, sólo en Inglaterra, más de 100,000 personas con problemas de deudas intentan suicidarse cada año.

A pesar de una relación tan evidente, las dificultades financieras a menudo se pasan por alto como un factor contribuyente a los problemas de salud mental, y viceversa. Sin embargo, cuando vemos la relación empírica entre ambos, queda claro que un problema alimenta al otro, creando una espiral creciente de dificultad financiera y empeoramiento de la salud mental del que es difícil escapar.

En la República Dominicana, hay evidencia de que los problemas de salud mental ya deberían ser una prioridad para el sistema de salud nacional. Para el año 2019, el factor "violencia y suicidio" representaba el lugar número ocho en las causas de muertes del país. Así mismo, los desórdenes mentales representaban el lugar número cinco en cuanto a pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs, por sus siglas en inglés), métrica muy utilizada en estudios de

costo-efectividad en temas de salud. Aún más, estos problemas están en constante crecimiento en las últimas décadas: desde 1990 a 2019, se observa que el crecimiento del efecto de los desórdenes mentales es de un 71.4% para los dominicanos. La ansiedad es el trastorno mental más prevalente en República Dominicana (5.7%). Sin embargo, como porcentaje del total de DALYs, la depresión la supera con el 2.1% de DALYs anuales promedio en el país.

A pesar de tanta evidencia, en la República Dominicana el gasto en salud mental como porcentaje del gasto público en Salud es muy reducido. Para el año 2016, el gasto en salud mental como porcentaje del gasto público en salud era de tan solo un 0.7%. Para contextualizar, en América Latina sólo la República Dominicana, Nicaragua y Bolivia invierten menos de 1% en salud mental como porcentaje del gasto de salud (WHO-OPS, 2013).

Con respecto a la salud y la fragilidad financiera en la República Dominicana, resultan preocupantes indicadores sobre la fragilidad del ingreso, donde según datos de la Encuesta de Cultura Económica y Financiera (2014) más del 60% de los hogares tienen anualmente

alguna circunstancia donde los ingresos no cubren los gastos. Este indicador es considerablemente alto irrelevante del nivel socioeconómico de las familias, superando el 70% de los hogares de ingresos más bajos, mientras que, un 44% de las familias de ingresos más alto se encontraron en esta situación. Además, dos de cada tres de estos hogares eligen endeudarse cuando enfrenta dicho desajuste presupuestario, lo que es mayor causa de preocupación, pues dada su índole estructural, implica que una pluralidad importante de los hogares dominicanos se encuentra endeudado para pagar gastos en algún momento del año. Tan solo un 19% de los hogares indica que retira dinero de sus ahorros, lo cual es consistente con la baja tasa de hogares que mantiene ahorros para fluctuaciones en sus ingresos o para emergencias.

El presente reporte busca analizar, a través de métodos cuantitativos y cualitativos, algunos indicadores del estatus de la salud mental y financiera de la República Dominicana. Para hacerlo se han estudiado y analizado más de 60 reportes nacionales e internacionales sobre salud mental, salud financiera y buenas prácticas de políticas públicas en estos ámbitos. Así mismo, se han revisado y analizado diversas bases de datos tanto del Banco Central de la República Dominicana, como de la Superintendencia de Bancos y de las entidades del sector salud de la República Dominicana. Estos análisis se han complementado con más de 15 entrevistas a expertos de la salud mental, hacedores de políticas públicas en temas de salud y salud mental en el país, académicos, así como personas relacionadas al mundo financiero y de la salud financiera.

A pesar de que el presente reporte busca ser exhaustivo en su análisis, existe poca información sistematizada en la República Dominicana con respecto a estos temas. Por lo tanto, los alcances de las conclusiones y recomendaciones están limitados. Esta situación lleva a los autores a entender que existen aún más espacios a ser analizados para idear respuestas de políticas públicas mejores y más focalizadas. Sin embargo, los autores esperan que esta investigación sirva para dar un buen contexto de la situación actual y que se puedan tomar acciones relevantes para aliviar y prevenir los problemas de salud mental y salud financiera en el país.

Marco teórico y empírico

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) la salud mental se define como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”. Por su lado, cuando hablamos de salud financiera el BBVA (2021) la define como “un estado de ser de la persona, el cual le permite cumplir perfectamente con sus obligaciones financieras, se encuentra en una situación de tranquilidad ante su futuro financiero y es capaz de tomar decisiones que le permitan disfrutar de su vida”.

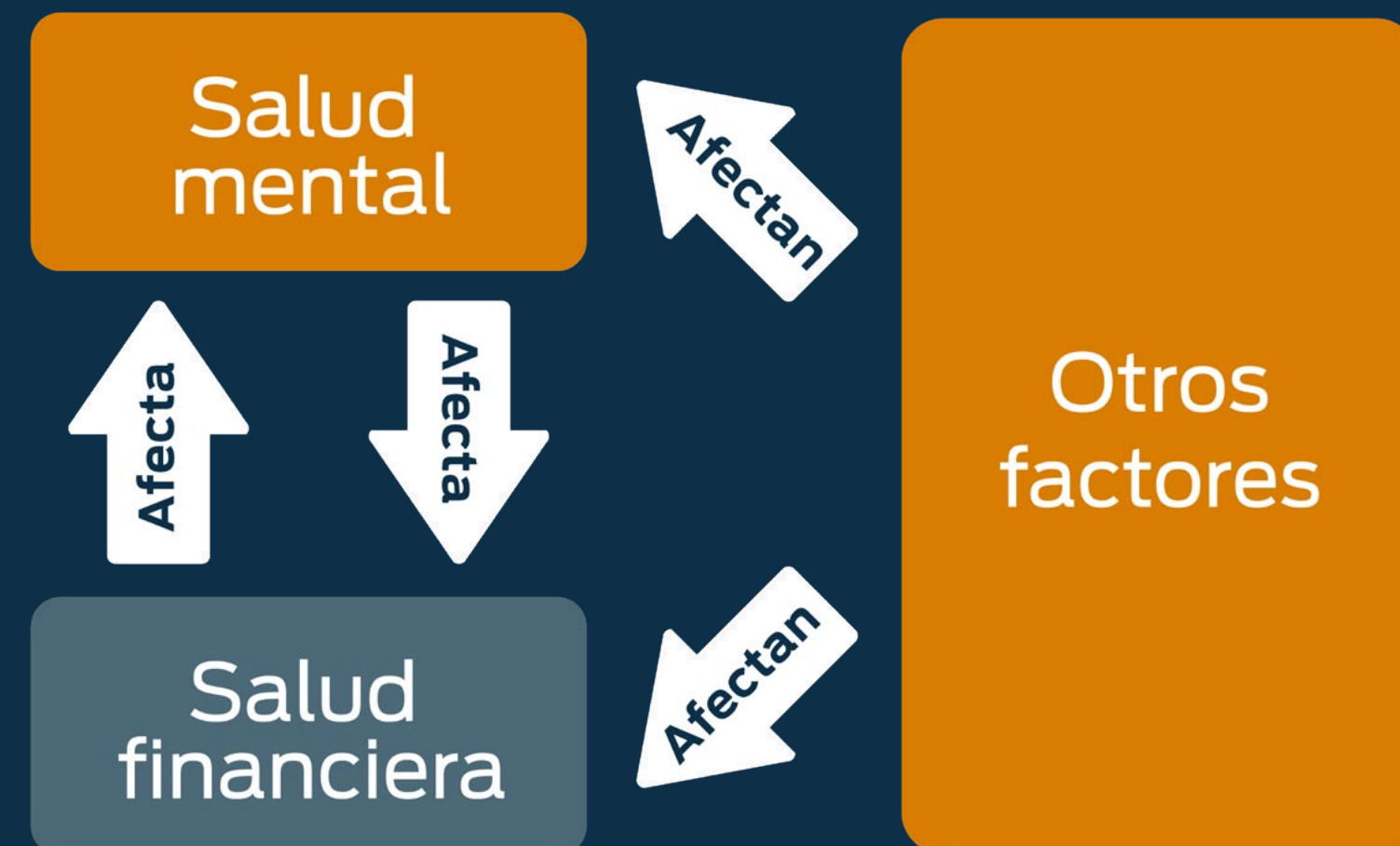
Resulta evidente que la relación entre la salud financiera y la salud mental es endógena, es decir, que tanto una afecta a la otra, así como ambas son afectadas por terceros factores. Por lo tanto, un problema resultante en la revisión de literatura de temas de salud mental y financiera es que se hace difícil determinar cuando existe causalidad, en que dirección se da dicha relación (es decir, si estamos viendo un efecto de la salud mental sobre la salud financiera o si es en el sentido contrario) y aún si podemos determinar la relación causal, se hace complejo determinar el tamaño de esta. Dicha relación guarda un fuerte parecido al caso del huevo y la gallina, donde nos hacemos la pregunta interminable de ¿cuál vino primero? En ese contexto, si vemos un problema de salud financiera y salud mental nos hacemos las preguntas:

- ¿Cuál fue primero de los dos?
- ¿Qué causa qué?
- ¿Pueden ser ambos resultados de otros factores sin ser causa común?

Para visualizar este problema de endogeneidad, podemos ver en el gráfico 01 los distintos canales de transmisión entre la salud mental y la salud financiera, así como de otros factores que pueden estar influenciando las relaciones identificadas en la literatura.

Por esta razón, la revisión de literatura se separa en aquellos trabajos que realizan análisis descriptivo y narrativo acerca de la salud mental y financiera.

Gráfico 01. Relación teórica entre la salud mental y la salud financiera, así como de variables determinantes



Para aquellos trabajos donde la evidencia fuera presentada haciendo relaciones causales, se asumió como prerequisite necesario que los autores hayan considerado la interrelación entre la salud mental y financiera, y cómo otros factores pueden entrar en juego.

De manera simplificada, hay cuatro maneras en que se puede mitigar el problema de hacer inferencias causales para este tipo de casos:

1. Examinar la relación entre salud mental y salud financiera, utilizando técnicas econométricas para delimitar un poco cuál precede al otro, como explican Dackehag, Ellagard, Gerdtham & Nilsson (2019) en un caso de estudio en Suecia.
2. A través de bases de datos más amplias y que permitan seguimiento al nivel individual como en el caso de Rohde et al. (2016).
3. A través de intervenciones con mecanismos experimentales o cuasi experimentales, pero estos no son tan comunes en temas de salud

mental, y, por ende, existe una literatura muy limitada al respecto.

4. Por último, una manera de mitigarlo sin necesariamente resolver el problema es asumir que hay correlaciones y buscar la manera de descartar otros factores o dar menos ponderación a la inferencia de resultados de estos estudios.

REVISIÓN DE LITERATURA

La literatura muestra evidencia de que la inseguridad económica tiene mucha correlación con la salud mental de las personas, y existen estudios que manifiestan una incidencia fuerte sobre la misma.

Rohde et al. (2016) utilizan datos de una encuesta longitudinal que ha seguido a casi 20,000 personas durante 11 años, desde 2001 a 2011. Utilizan el índice de salud mental que cuantifica la vitalidad, el funcionamiento social, el funcionamiento emocional y los síntomas de ansiedad/depresión de los encuestados. Una de las ventajas que tiene el estudio es que al poder seguir a las personas puede hacer inferencia a nivel individual y controlar por factores que usualmente otros estudios no pueden controlar.

Los autores toman en cuenta ocho variables de inseguridad económica, que van desde sentimientos de seguridad laboral a mediciones de satisfacción financiera o facilidad para recaudar fondos de emergencia en caso de requerirlos. Encuentran evidencia de que todos los eventos que aumentan la inseguridad económica

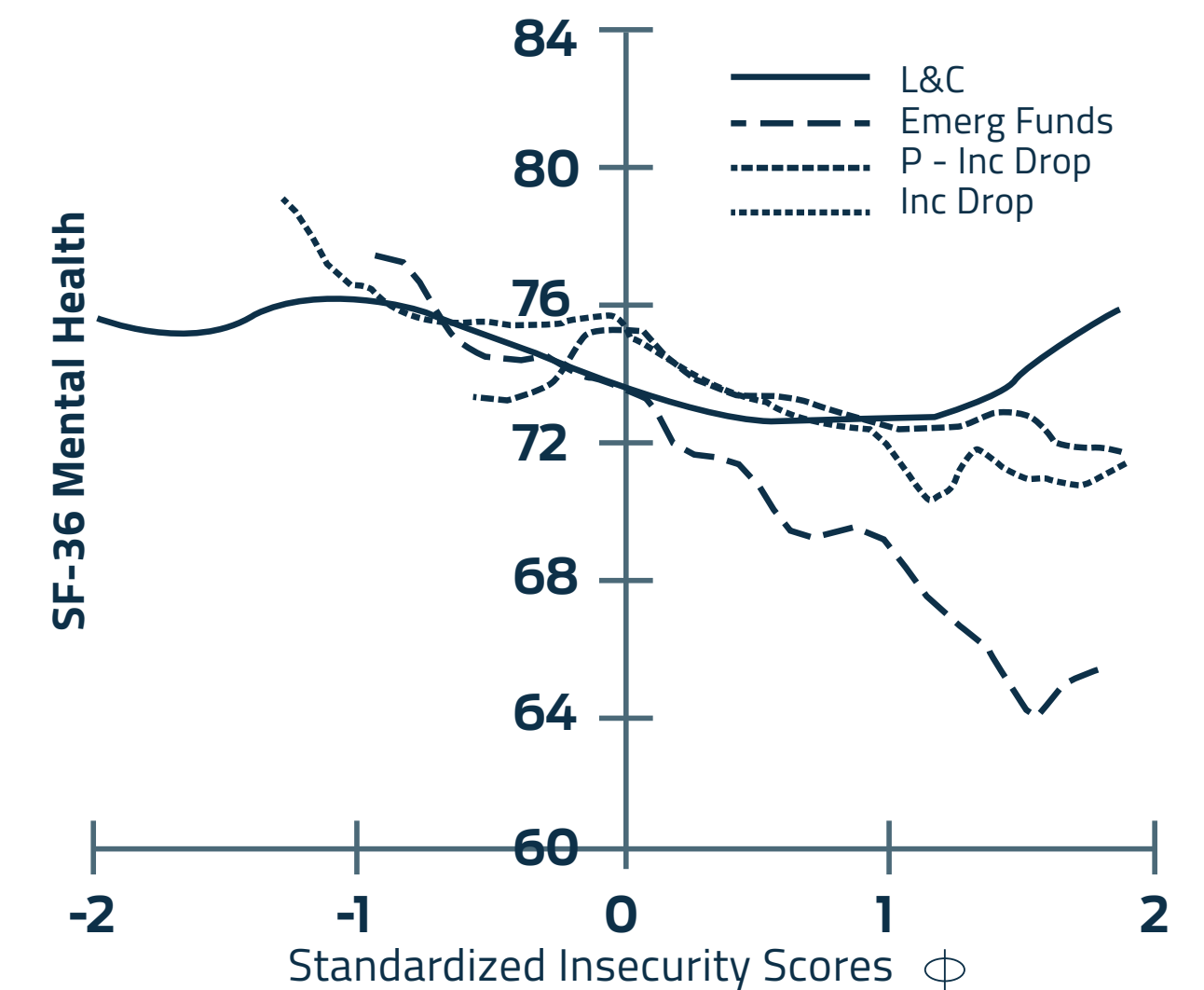
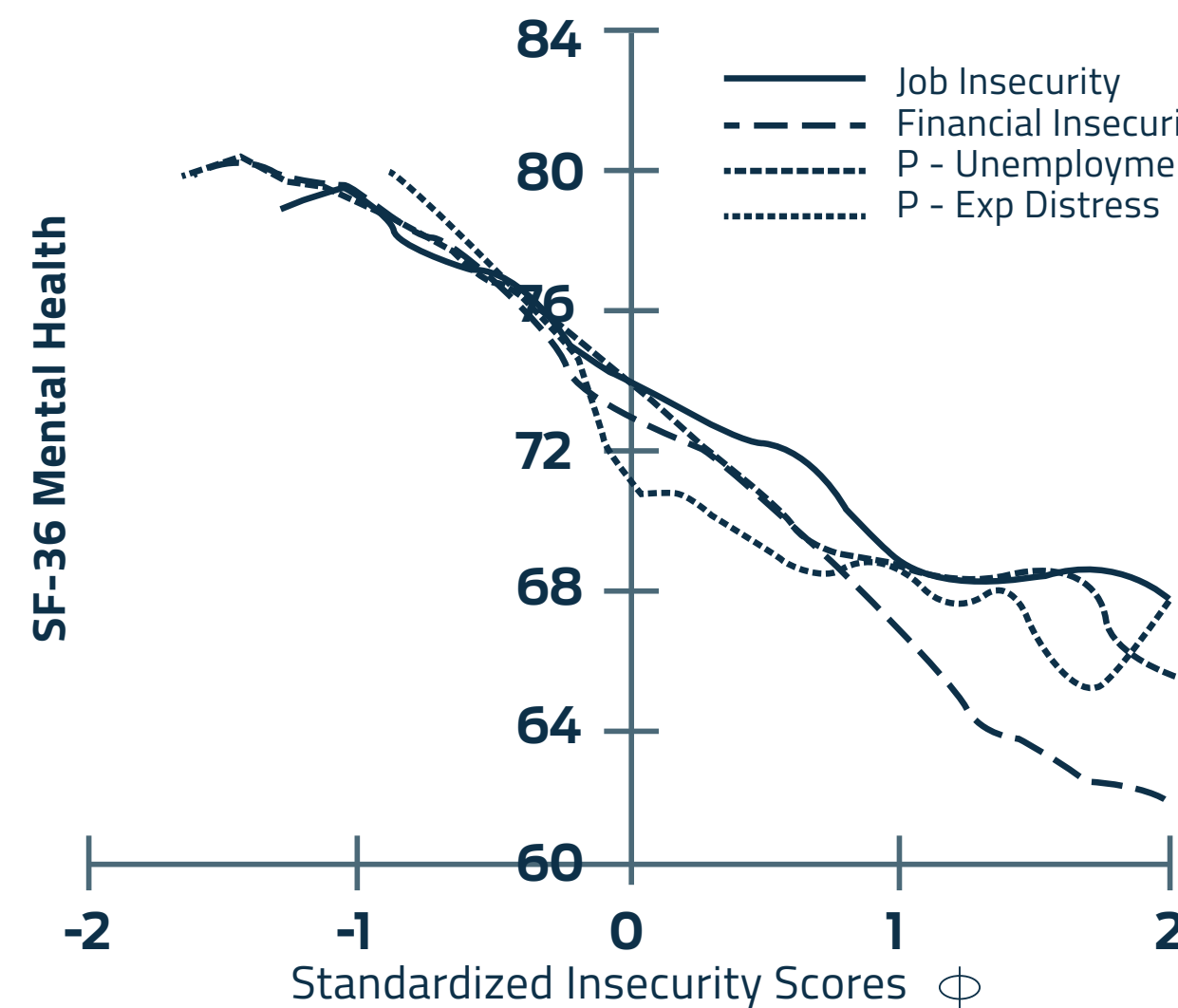
de toda la población afectan negativamente la salud mental, incrementando la prevalencia de cualquier tipo de enfermedad entre 3% y 16%, lo que tiene consecuencias negativas para la salud pública.

Algunos ejemplos estudiados son:

- Los ciclos económicos
- Cambios en las regulaciones del mercado laboral

- Inseguridad laboral
- Insatisfacción financiera
- Reducción de los ingresos
- Incapacidad para cumplir con los gastos estándar
- Falta de acceso a los fondos de emergencia

Gráfico 02. Efectos de la inseguridad económica sobre la salud mental



Fuente: Forbes y Krueger (2019)

Cuadro 01. Efecto de las distintas variables de inseguridad económica sobre la salud mental

Variable	$\hat{\phi}_{FE}^j$
Inseguridad Laboral	-0.710***
Insatisfacción financiera	-0.788***
Fondos de emergencia	-1.182***
Caída del ingreso	-0.438***
Índice de volatilidad	8.0E-07
Posible desempleo	-42.71***
Posible caída del ingreso	-5.423***
Posible estrés financiero	-13.02***

Fuente: Rohde et al. (2016). *The effect of economic insecurity on mental health.*

Una pregunta distinta para intentar identificar qué tan fuerte es la causalidad de uno u otro lado es saber si las dificultades de pago preceden los problemas mentales o son los problemas mentales los que preceden la dificultad de pago. En este sentido, Dackehag et al. (2019) buscan examinar la relación entre dificultades de pago y medidas (subjetivas y objetivas) de salud mental

utilizando un conjunto de microdatos que combinan diversas fuentes de datos representativos a nivel nacional de la población. Para esto, los autores crean diferentes variables dicotómicas que buscan medir las dificultades de pago y la salud mental, indicando para cada unidad muestral si reporta alguna dificultad de pago, si sienten ansiedad o si han consumido antidepresivos, hipnóticos o ansiolíticos. También miden por separado si la persona fue hospitalizada o consumió algunas de las sustancias al momento de la encuesta, el año anterior a esta o en los cinco años previos. Uno de los puntos más interesantes del estudio es que utilizan métodos econométricos para estimar cual es más probable que preceda a la otra.

Los autores encuentran dos hallazgos interesantes:

- Tanto los problemas financieros como los problemas de salud mental preceden uno al otro de manera constante.
- Sin embargo, los problemas financieros tienen un poder explicativo de precedencia entre 2.5 a 5 veces superior a los problemas de salud mental, lo que puede considerarse un indicador (si bien no

perfecto) de que es más común que los problemas financieros lleven a problemas de salud mental que viceversa.

Existe mucha evidencia de que la salud financiera de las personas tiene un impacto profundo sobre su salud mental a largo plazo. Un estudio importante que muestra evidencia contundente al respecto es el de Forbes & Krueger (2019), donde los autores le dan seguimiento a un grupo de personas para ver cómo ciertos “factores de impacto” incidieron en su salud mental. Estas personas fueron entrevistadas en dos momentos (2003-2004 y 2012-2013), para ver el impacto de la Gran Recesión sobre su salud mental, usando tres tipos de “factores de impacto”:

Financieros (bancarrotas, incremento de deudas). Relacionados al trabajo (desempleo, reducción salarial). De vivienda (desalojos o juicio hipotecario).

Los autores luego procedieron a ver como uno o varios factores de impacto incidían en la salud mental de las personas, reportando los resultados en cinco categorías de problemas de salud mental, que eran:

Cuadro 2: Asociación entre futuros problemas mentales y dificultad de pago inicial

Dependent variable	1	2	3	4	5	N without/with covariates
Anxiety (t)	0.252*** (0.000)	0.197*** (0.000)	0.166*** (0.000)	0.160*** (0.000)	0.141*** (0.000)	10 950/10 765
Psychopharmaca (t +1)	0.049*** (0.000)	0.064*** (0.000)	-0.000 (0.985)	-0.013 (0.145)	0.003 (0.733)	10 988/10 801
Antidepressants (t +1)	0.072*** (0.000)	0.062*** (0.000)	0.020** (0.032)	0.012 (0.161)	0.000 (0.991)	10 988/10 801
Anxiolytics (t +1)	0.025*** (0.002)	0.031*** (0.000)	0.010 (0.204)	0.007 (0.368)	0.004 (0.601)	10 988/10 801
Hypnotics (t +1)	0.007 (0.442)	0.030*** (0.001)	-0.005 (0.567)	-0.011 (0.190)	0.010 (0.244)	10 988/10 801
Background char.	No	Yes	Yes	Yes	Yes	
Health at t-1	No	No	Yes	Yes	Yes	
Health at t	No	No	No	Yes	Yes	
Interaction with health at t-1	No	No	No	No	Yes	

Simple (unadjusted) and multivariate (adjusted) OLS regression analyses.

Exact *P*-values in parentheses. The covariate types in Models 2-5 are listed in table 1. Interaction with health at t - 1 indicates that we consider the interaction effect between previous health status and payment difficulties. The estimate in Model 5 captures the association between payment difficulties and later mental problems for individuals with no previous health problems.

*: *P* < 0.1.

** : *P* < 0.05.

***: *P* < 0.01.

Cuadro 3: Asociación entre futura dificultad de pago y problema mental inicial

independent variable	1	2	3	4	N without/with covariates
Psychopharmaca (t -1)	0.052*** (0.000)	0.065*** (0.000)	0.050*** (0.000)	0.043*** (0.000)	10 988/10 801
Antidepressants (t -1)	0.108*** (0.000)	0.097*** (0.000)	0.078*** (0.000)	0.074*** (0.000)	10 988/10 801
Anxiolytics (t -1)	0.078*** (0.000)	0.074*** (0.000)	0.059*** (0.000)	0.057*** (0.001)	10 988/10 801
Hypnotics (t -1)	0.008 (0.472)	0.038*** (0.000)	0.025** (0.021)	0.020* (0.055)	10 988/10 801
Background char.	No	Yes	Yes	Yes	
Health at t-1	No	No	Yes	Yes	
Interaction with earlier welfare	No	No	No	Yes	

Simple (unadjusted) and multivariate (adjusted) OLS regression analyses.

Exact *P*-values in parentheses. The covariate types in Models 2-5 are listed in table 1. Interaction with earlier welfare indicates that we consider the interaction effect between previous mental problems and a dummy for having received social welfare benefit in any of the 5 years before the interview. Model 4 shows the associations between previous mental problems and later payment difficulties for individuals with no uptake of social welfare benefits in any of the last years.

*: *P* < 0.1.

** : *P* < 0.05.

***: *P* < 0.01.

Fuente: Dackehag, Ellagard, Gerdtham y Nilsson (2019).

impactadas y no tenían sistemas de aseguramiento financiero importantes. Como se observa en el gráfico 03, los autores encontraron que a medida que se acumulaban más factores de impacto, mayor era la incidencia de los problemas de salud mental, con la excepción notable de los problemas de alcohol en el cual la diferencia solo era significativa cuando se acumulaban más de tres factores de impacto.

En otro estudio relevante, Choi (2009), de la Reserva Federal de San Francisco, reflexiona sobre los impactos de la Crisis Financiera de 2008-2009 en las personas. En este trabajo, Choi ilustra la situación en el año 2009:

- La Reserva Federal estima que las deudas totales de los hogares, incluyendo hipotecas, son 13.7 millones de millones de dólares o 125% del ingreso anual luego de impuestos.
- La riqueza neta de los hogares disminuyó por 11 billones de dólares en el 2008, una disminución de un 18% relativo al año anterior según la Reserva Federal.
- El desempleo se mantiene sobre el 10% y millones de estadounidenses perderán sus beneficios por desempleo pronto.

- Paul J. Lavrakas y sus colegas de la Universidad Estatal de Ohio crearon un “Índice de Estrés de Deuda” para medir el impacto de las preocupaciones sobre deudas financieras en la salud y el bienestar. El índice alcanzó un valor record en julio de 2009 y fue lento en su disminución con los primeros indicios de recuperación económica.
- El estrés financiero crónico ha sido relacionado con un incremento de ausencias en el trabajo, disminución de desempeño laboral y depresión.
- En situaciones de estrés persistente, el cuerpo se adapta a las condiciones adversa al establecer un nuevo nivel de equilibrio, y los elevados niveles de químicos (ejemplo: cortisol) pueden causar daños físicos significativos a órganos vitales que se manifiestan en mayor presión arterial, ritmo cardiaco elevado, problemas de memoria, ánimos y sistema inmune.

Luego de presentar esta evidencia, la autora procede a recomendar lo siguiente:

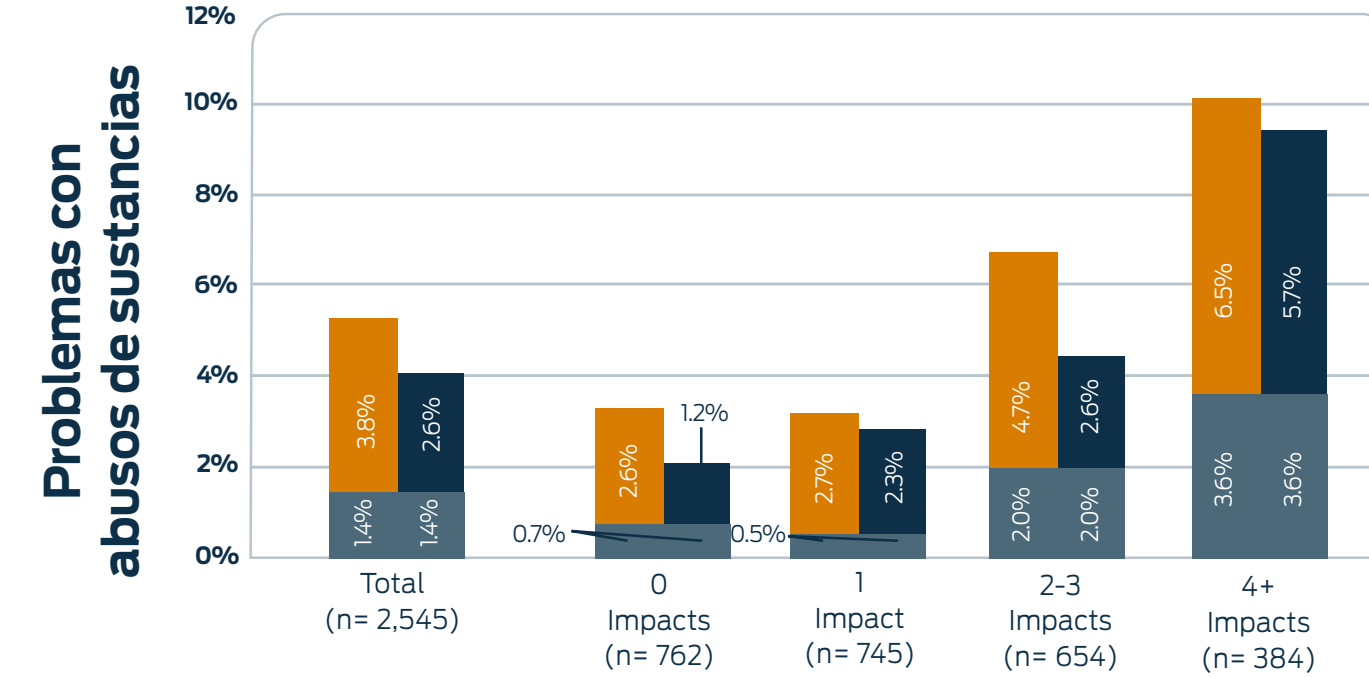
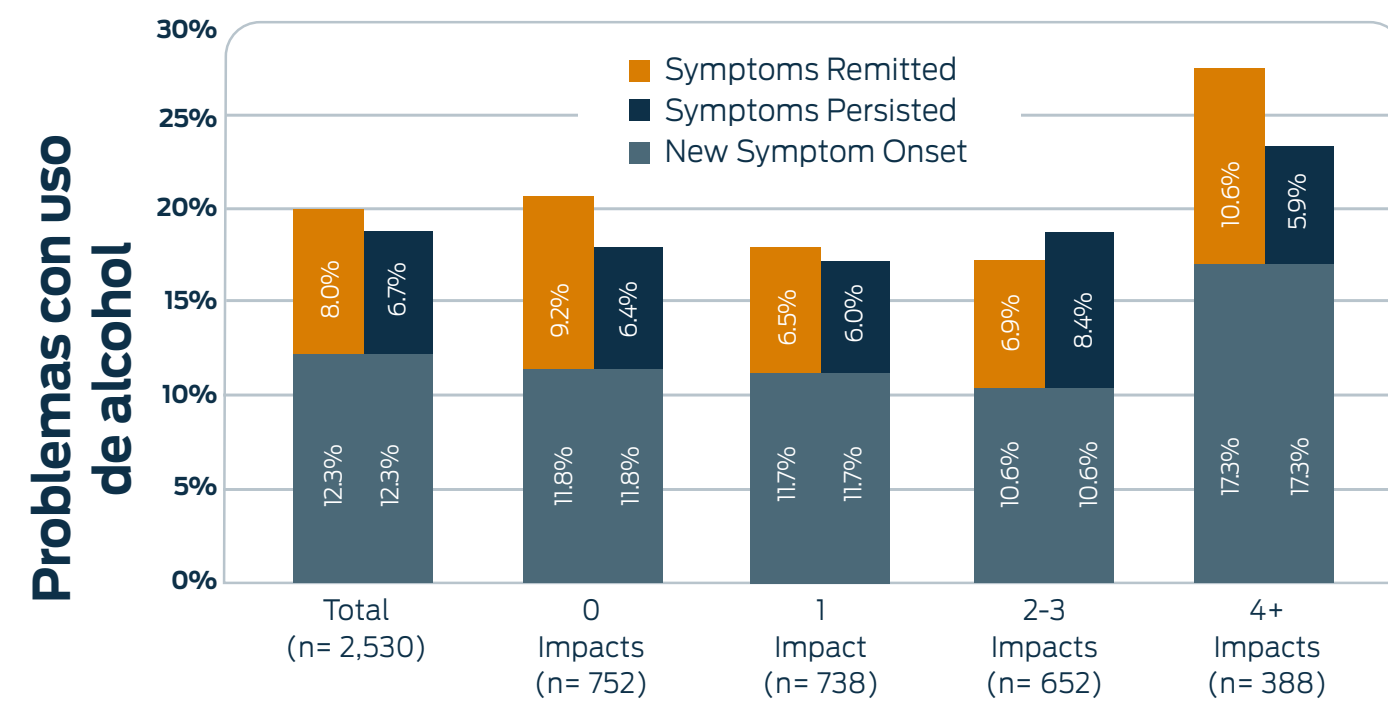
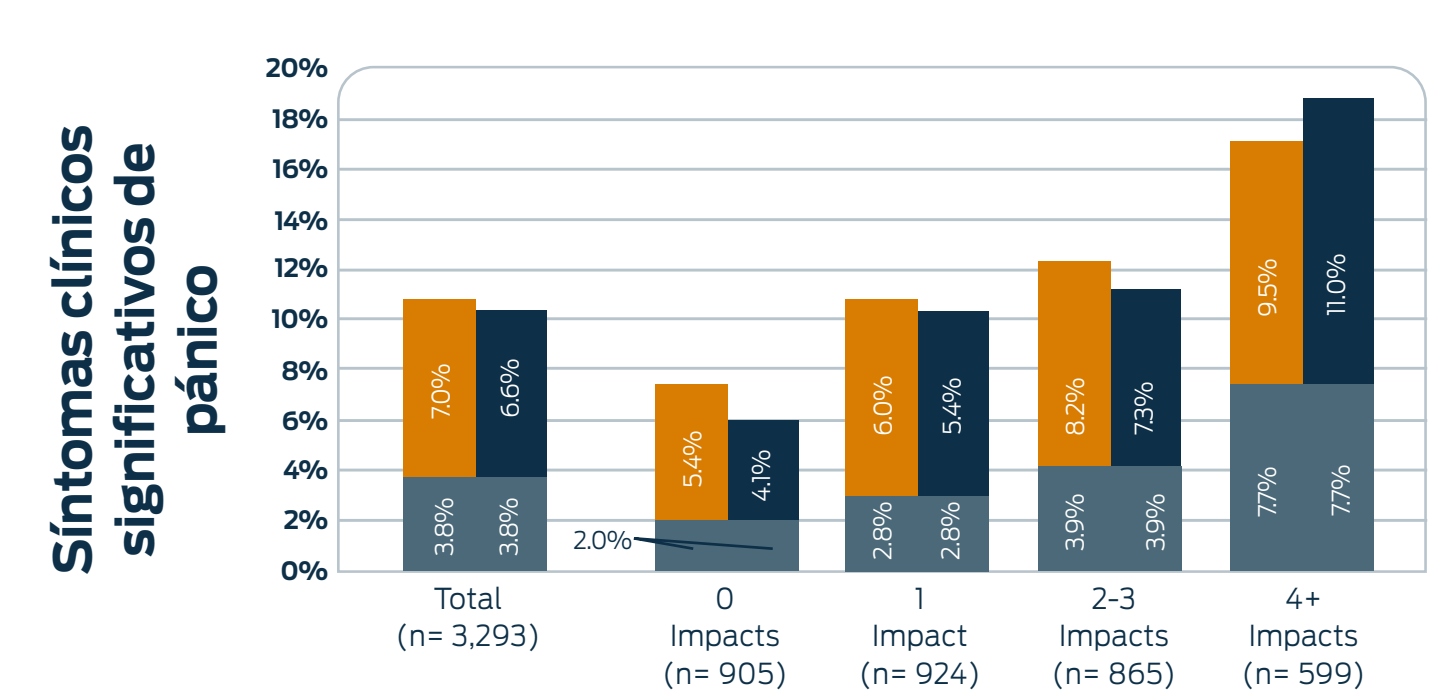
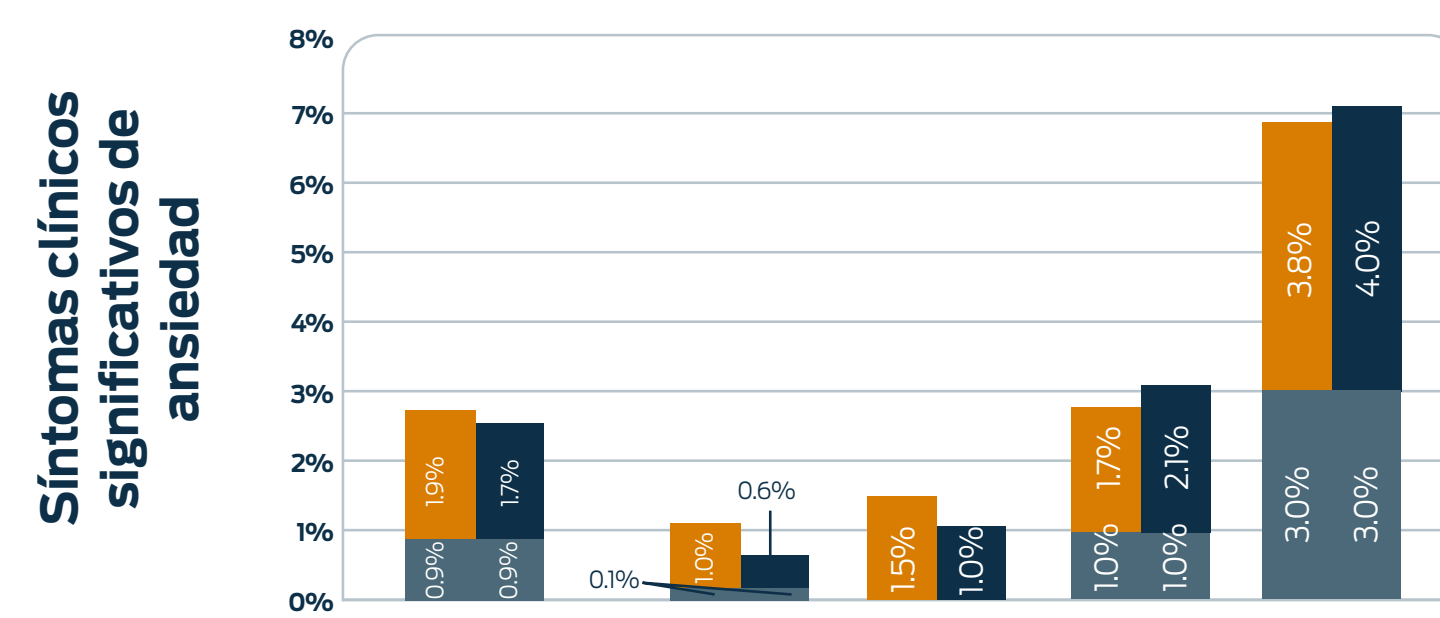
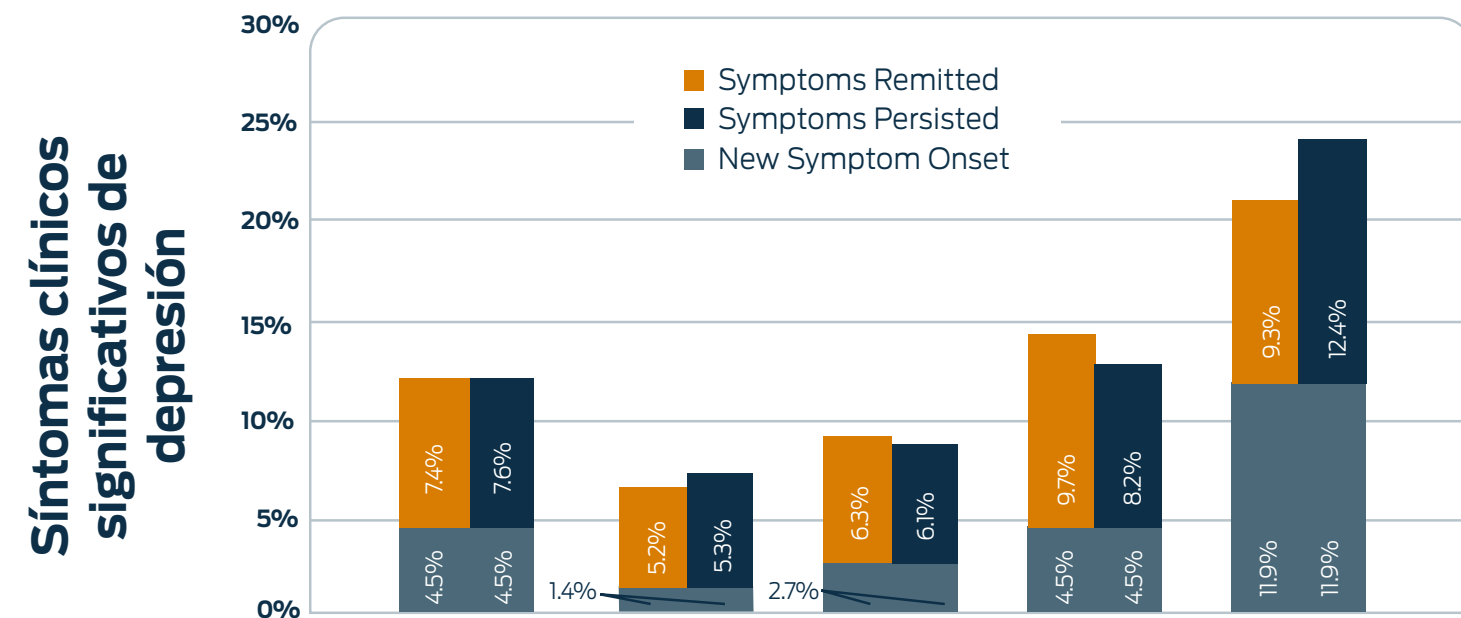
- Tomar medidas que vayan más allá de factores

macroeconómicos como la disponibilidad de crédito y la estabilidad del mercado financiero. Se debe prestar atención al sufrimiento físico causado por situaciones financieras precarias.

- Se deben de dar respuestas de desarrollo comunitario que incluyan esfuerzos para proveer una base financiera estable para las familias, deben de incluir:
 - Entrenamiento vocacional y desarrollo de la fuerza de trabajo.
 - Acceso a educación.
 - Viviendas asequibles.
 - Desarrollo de pequeñas y medianas empresas.
 - Educación financiera, empoderamiento de sus finanzas personales.

En un estudio que realiza una revisión de la literatura, De Goeij, Suhrcke, Toffolutti, Van De Mheen, Schoenmakers, Kunst (2015) analizan los efectos de las crisis económicas en el consumo del alcohol. Los autores buscaron estudios previos o actuales sobre cuáles mecanismos juegan un rol entre los individuos y que relacionan las crisis económicas o estresores con el consumo de alcohol.

Gráfico 03. Efectos del impacto de la crisis en las variables de adicción y salud mental



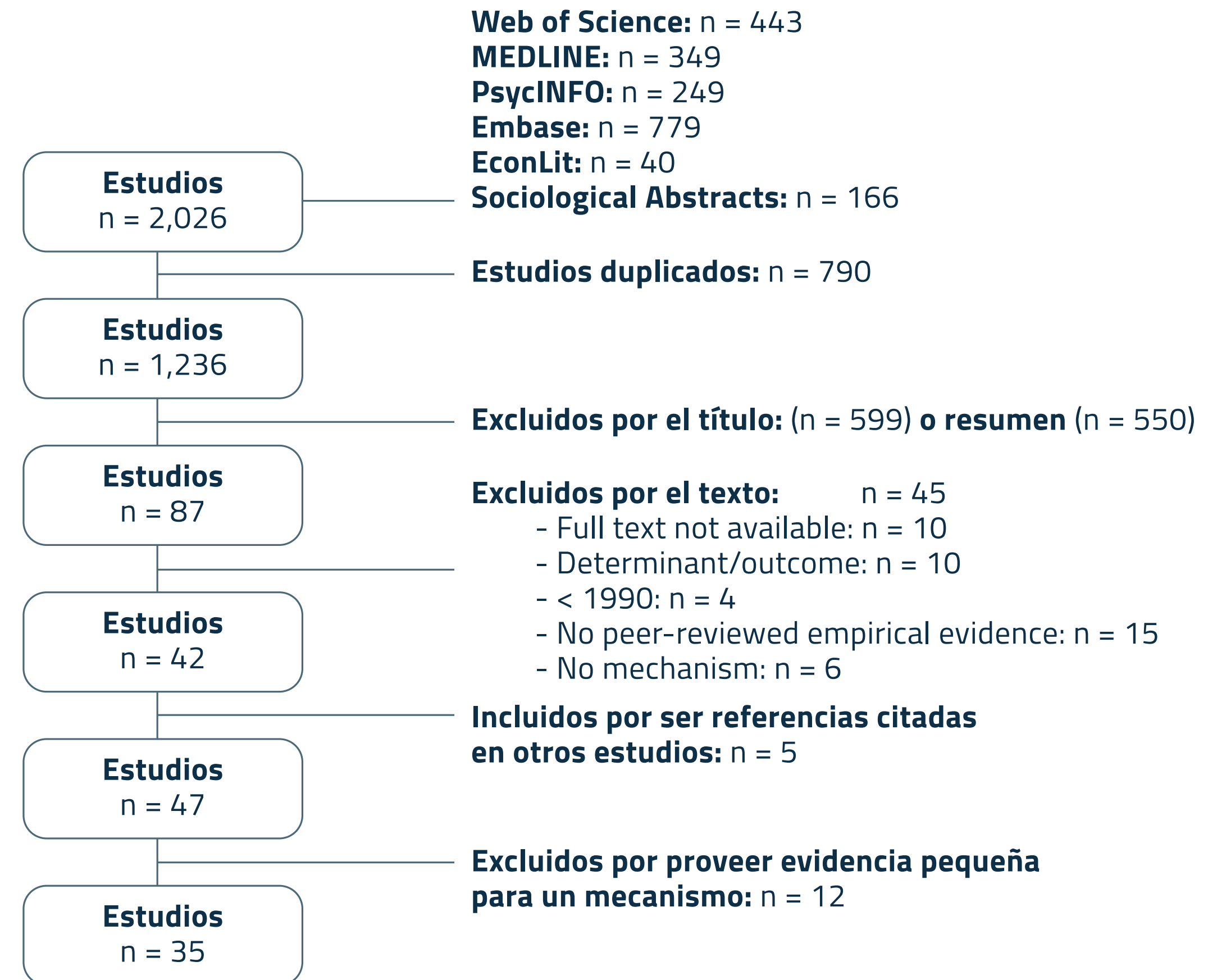
Fuente: Forbes y Krueger (2019)

Además, los autores buscaron estudios que hubiesen sido revisados por pares y utilicen evidencia empírica publicados en el periodo entre el 1ero de enero de 1990 y el 1ero de mayo de 2014. Aunque utilizaron múltiples bases de datos, se limitaron a estudios en inglés en las siguientes fuentes:

- Tres médicas: MEDLINE, Web of Science y Embase.
- Dos psicológicas/sociales: PsycINFO y Sociological Abstracts.
- Una económica: EconLit.

Excluyeron investigaciones que no tuvieran el texto completo disponible, que tuviera una población objetivo de 17 años o menos, que no se enfocarán en una crisis económica luego de 1990 o que no proveyese evidencia empírica de uno o más mecanismos a través de los cuales una crisis económica posiblemente ejerce un efecto sobre el consumo de alcohol y problemas de salud relacionados al consumo de alcohol. En el cuadro 04 se resume el proceso de descartar estudios para la estimación de los efectos.

Cuadro 04. Proceso de descarte de estudios aplicado por De Goeij et al (2015)



Fuente: De Goeij, Suhrcke, Toffolutti, Van De Mheen, Schoenmakers, Kunst (2015).

El siguiente paso fue extraer, analizar y sintetizar la información relevante. Se evaluó el grado de cobertura de la evidencia para cada mecanismo expresado en el estudio. Era posible extraer múltiples mecanismos de un mismo estudio. No se consideró el grado de cobertura de toda la evidencia reportada en un estudio, solamente la evidencia que apoya o rechaza un mecanismo específico.

Para esto se observaron dos características:

- El detalle con el cual el mecanismo extraído es descrito en el estudio.
- El grado al cual esta descripción está basada en nueva evidencia generada por el estudio mismo.

El nivel de detalle de las descripciones de los mecanismos se clasificaba en:

- Densa: Situaciones económicas y sociales individuales, pasos intermedios (angustia psicológica) y el tipo de resultado relacional al alcohol.
- Fina: Un elemento del mecanismo que no es descrito directamente por la evidencia.

La cobertura de la evidencia empírica se clasificó en:

- Amplia: Cuando podía apoyar o rechazar el mecanismo en su totalidad.
- Moderada: Cuando la evidencia empírica describe solo una parte del mecanismo. Esta provee evidencia solamente del efecto de las crisis económicas en cambios del comportamiento o en cambios del comportamiento en resultados relacionados al alcohol.
- Pequeña: Cuando no se provee evidencia de mecanismos intermedios o cuando nueva evidencia empírica no fue generada por el estudio mismo (los autores se refieren a evidencia de otros estudios o solo especulan).

En los estudios identificaron cinco mecanismos que afectan el consumo de alcohol de las personas producto de las crisis económicas:

- Miedo a perder el empleo o perder ingresos que incrementan el malestar psicológico. Para lidiar con esos sentimientos, se consume más alcohol y

podría conducir a problemas de salud relacionado a este consumo.

- Pérdida de empleo o reducciones de ingreso causan malestar psicológico. Para lidiar con los sentimientos, se consume más alcohol y podría conducir a problemas de salud relacionado a este consumo.
- Reducciones de ingreso que resultan en un menor presupuesto, eso puede reducir el gasto en bebidas alcohólicas o una sustitución a bebidas más baratas.
- La pérdida de empleo afecta negativamente a las situaciones sociales. Esto podría llevar a consumir más alcohol y podría conducir a problemas de salud relacionado a este consumo.
- Menor tiempo trabajando y tiempo que no se usa para trabajar (por pérdida de empleo o menos tareas en el trabajo) puede incrementar la frecuencia de actividades poco saludables, incluyendo el consumo de alcohol.

Es importante señalar que el estudio tiene el problema de que la revisión de literatura no es completamente sistemática, y va a depender de entre otras cosas las creencias y sesgos de los autores, por lo que los resultados

de las revisiones pueden ser considerablemente dependientes de las elecciones que realizan los autores.

Se necesita más evidencia longitudinal que sea utilizada directamente para investigar cuáles mecanismos juegan un rol en subgrupos específicos de una población. Este tipo de información es escasa y la que está disponible no siempre se enfoca en diferencias entre subgrupos.

En el Money and Mental Health Policy Institute han desarrollado un marco conceptual para entender los resultados financieros de una crisis a la salud mental. Este marco toma en cuenta las circunstancias financieras y de salud mental del individuo, los factores internos (cognitivos y psicológicos), y los factores externos (respuesta de las empresas de servicios esenciales, del sistema social, de los cuidadores sociales, y de los proveedores de salud mental). Todo esto combinado resulta en inseguridad financiera, agotamiento de los ahorros, impacto al score de crédito, y deterioro del estatus laboral.

Este marco conceptual ayuda a identificar oportunidades para reducir el detrimento financiero. En el año 2018, el Money and Mental Health Institute realizó un estudio cualitativo con entrevistas y comentarios de 166 personas con experiencia vivida de crisis de salud mental, 46 cuidadores que han apoyado a alguien durante una crisis y 93 profesionales de la salud mental que trabajan directamente con personas en crisis. Se combinaron encuestas, 36 entrevistas en profundidad y tres grupos focales para explorar los desafíos que enfrentan las personas para mantener el control financiero durante una crisis. Es importante destacar que, en Inglaterra, unas 23,000 personas estaban luchando con un problema de deuda mientras estaban en el hospital por una crisis de salud mental en 2017. En dicho contexto, el estudio indica que las personas que sufren una crisis de salud mental desarrollan un estado psicológico o emocional que reduce su capacidad para hacer frente a las tareas cotidianas y hace que sea imposible mantenerse al tanto de sus finanzas. La administración financiera puede deteriorarse durante una crisis de salud mental, cuando las personas pueden ser incapaces de manejar

los cuidados personales esenciales, como lavarse y comer.

Según este análisis, cuando se dan estas situaciones, una medida común es que las personas se rodeen del apoyo de familiares y amigos durante una crisis de salud mental. En las entrevistas y casos de estudio, solo el 49% de aquellos que han tenido crisis de salud mental identificó tener un cuidador que ayudara con la administración financiera. Más del 50% de las personas en la encuesta informaron que tenían dificultades para llegar a fin de mes al tener que cubrir el costo de la enfermedad.

También hay beneficios sociales disponibles para las personas que no pueden trabajar, aunque el proceso de reclamarlos puede ser particularmente difícil durante una crisis de salud mental. Los procesos pueden ser costosos y llevar tiempo para configurarlos, creando dificultades para los cuidadores que pueden necesitar tomar medidas inmediatas, particularmente cuando alguien está experimentando su primera crisis de salud mental. Sin las herramientas legales adecuadas, los

cuidadores a menudo tienen que recurrir a soluciones no oficiales, aún cuando en Inglaterra se han desarrollado herramientas legales que permiten a las personas pasar parte de su poder de decisión a terceros en caso de que se identifique que se encuentran en una crisis de salud mental.

El estudio también identifica que hay relativamente pocas herramientas disponibles que permitan a las personas protegerse de solicitar crédito o gastar en exceso en una crisis.

CONSIDERACIONES SOBRE COVID-19

A pesar de que la pandemia causada por la enfermedad de COVID-19 tiene relativamente poco tiempo, ya existe literatura y análisis de datos de importancia para considerar sobre los efectos del COVID-19 sobre la salud mental y financiera de las personas. Una de las preocupaciones de los que estudian temas de salud mental, es que la misma se está deteriorando con el COVID-19. Esto tanto por el efecto de la salud financiera sobre la salud mental, como por los efectos directos

del cambio en la rutina producto del confinamiento, así como la ansiedad de vivir durante una pandemia. Por ejemplo, según datos de Statista (2021), el porcentaje de adultos reportando síntomas de depresión se duplicó entre 2019 y 2020 en Reino Unido y se cuadruplicó en dicho período en Estados Unidos, como se puede observar en la gráfica 04.

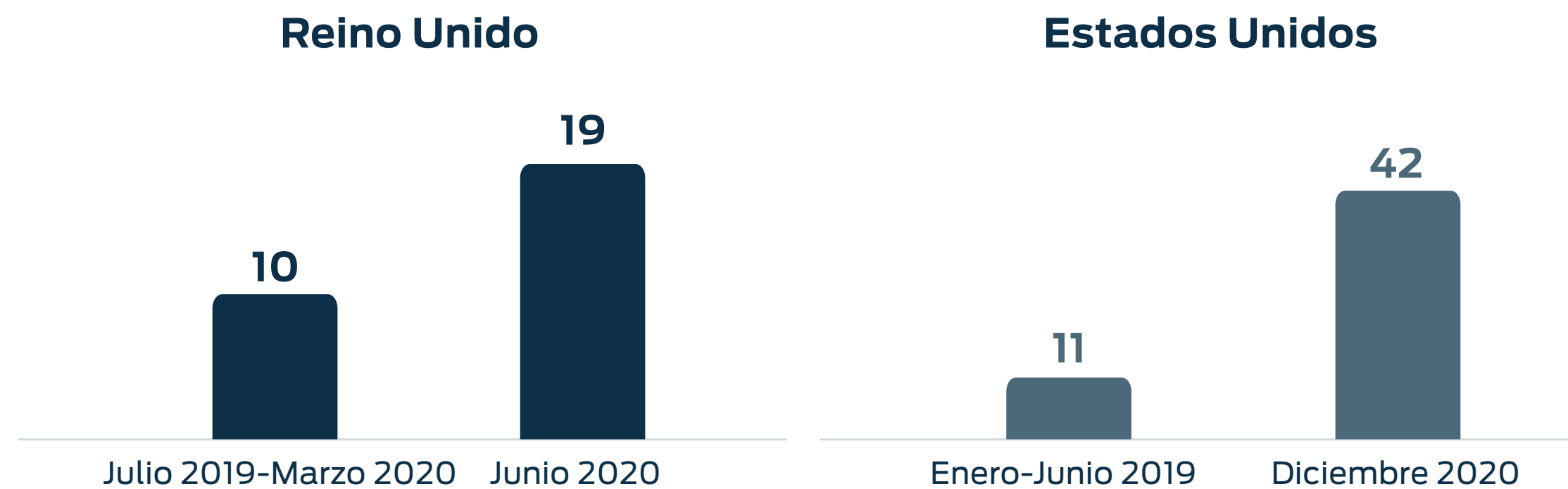
Una de las razones que explica el estrés experimentado por la pandemia tiene que ver con los problemas económicos por la disminución o falta de trabajo.

En el gráfico 05 se puede observar una encuesta reportada por Statista (2021) en la que se destaca la alta incidencia de niveles incrementados de estrés en personas con dificultades económicas debido a la pandemia en países desarrollados.

Algunos institutos han realizado encuestas continuas durante el tiempo de la pandemia, encontrando una prevalencia superior y sostenida de problemas de salud mental. Por ejemplo, desde el año 2020, Kaiser Family Foundation ha venido encuestando de manera consecutiva a las personas en Estados Unidos acerca de síntomas de ansiedad y depresión. Han encontrado que la prevalencia normal de síntomas de estos se ha incrementado hasta cuatro veces más de lo normal en la población. En particular, sobre la población más joven se ha encontrado evidencia de que aquellos con ansiedad o depresión auto-reportada son mayoría.

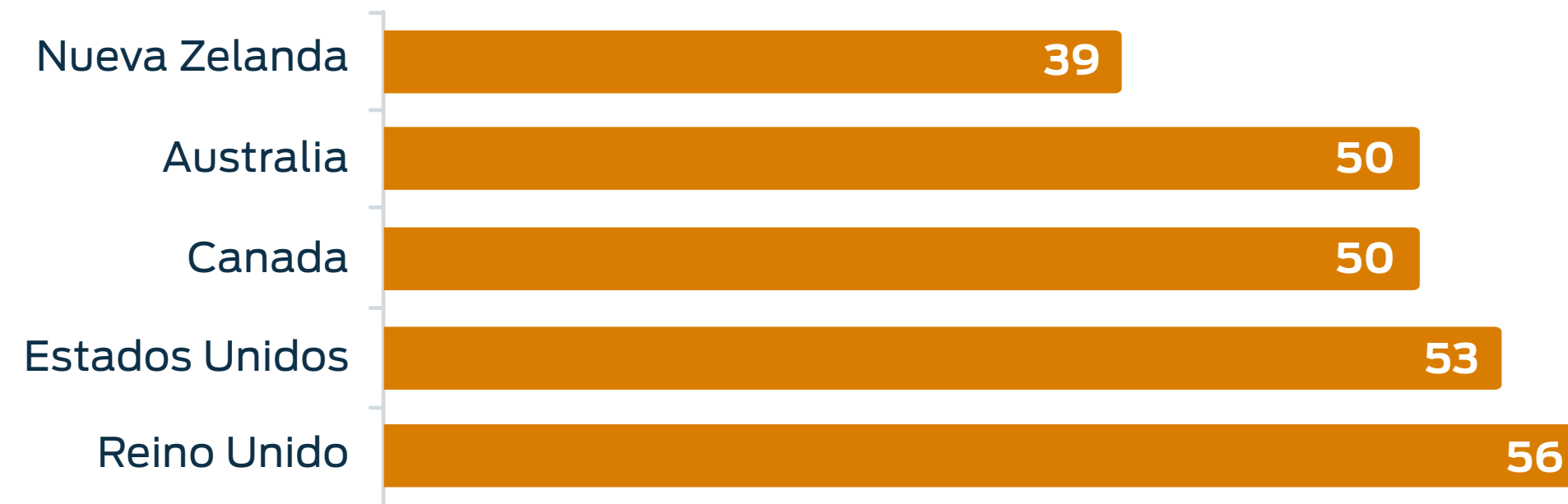
De acuerdo con esta encuesta, varios adultos reportan efectos negativos en su salud mental y bienestar como dificultad durmiendo (36%) o al comer (32%), incremento de consumo de alcohol o uso de sustancias

Gráfico 04. Porcentaje de adultos reportando síntomas de depresión



Fuente: Statista (2021)

Gráfico 05. Adultos que informaron estrés, ansiedad o gran tristeza, entre aquellos con dificultades económicas debido a la pandemia, mayo 2020



Fuente: Statista (2021)

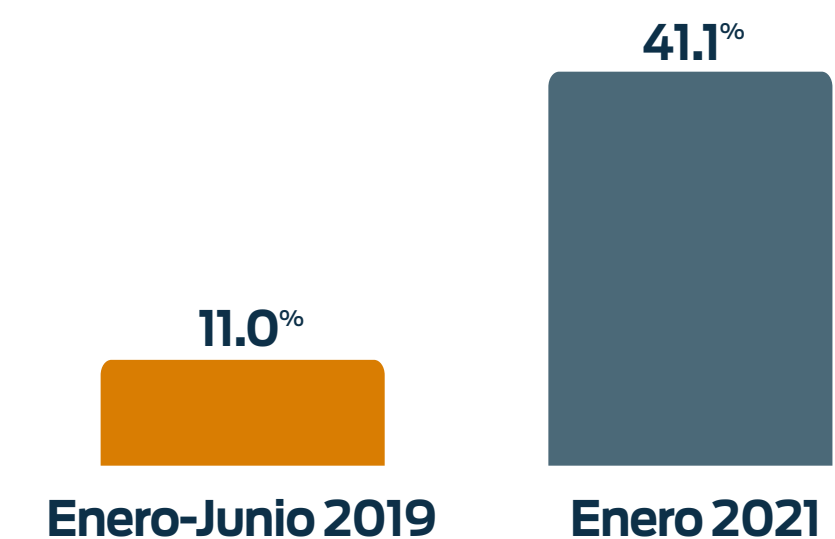
(12%) y empeoramiento de condiciones crónicas (12%), debido a la preocupación y estrés por el coronavirus.

Durante la pandemia, comparados con trabajadores no esenciales, los trabajadores esenciales reportaron mayores tasas de síntomas de ansiedad o depresión (42% vs 30%), comenzar o incrementar el uso de sustancias (25% vs 11%) y pensamientos suicidas en los últimos 30 días (22% vs 8%).

Asimismo, Torales (2020) hace un análisis en base a la enorme cantidad de información y preocupaciones acerca del COVID-19 y como éstas estaban impactando en la salud mental global. De acuerdo con el autor, los problemas emergentes de salud mental relacionados con este evento global pueden evolucionar a problemas de salud, aislamiento y estigma de larga duración. La situación podría estar causando problemas de salud mental, como el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos, el insomnio, etc. (Jones et al., 2017). Aún

más, estos problemas de salud mental podrían estar afectando a los trabajadores médicos, tanto en su atención, la comprensión y la capacidad de decisión dificultando la lucha contra COVID-19, pero así mismo podría tener un efecto negativo duradero en su bienestar general (Kang et al., 2020).

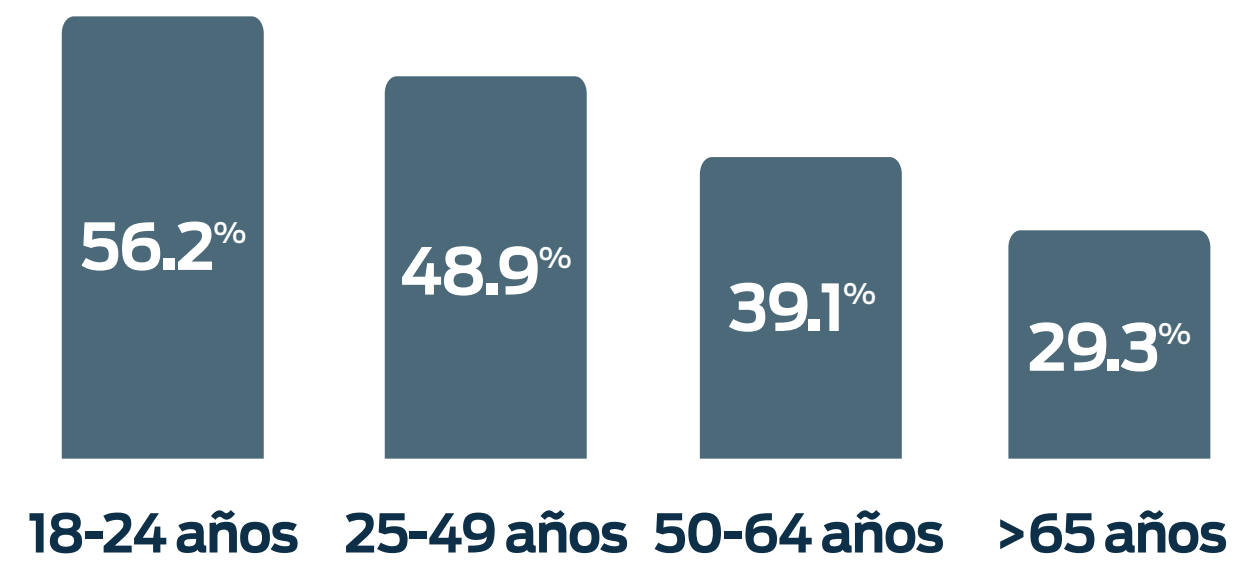
Gráfico 06. Proporción promedio de adultos reportando síntomas de desorden de ansiedad o desorden depresivo, enero-junio 2019 vs enero 2021



NOTES: Percentages are based on responses to the GAD-2 and PHQ-2 scales. Pulse findings (shown here for January 6 - 18, 2021) have been stable overall since data collection began in April 2020. SOURCE NHIS Early Release Program and U.S. Census Bureau Household Pulse Survey. For more detail on methods, see: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/ERmentalhealth-508.pdf>

Fuente: KFF (2020)

Gráfico 07. Proporción promedio de adultos reportando síntomas de desorden de ansiedad o desorden depresivo durante la pandemia del COVID-19, por edad



NOTES: Indicates a statistically significant difference between adults ages 18-24. Data shown includes adults, ages 18+, with symptoms of anxiety and/or depressive disorder that generally occur more than half the days or nearly every day. Data shown is for December 9 - 21, 2020. SOURCE: U.S. Census Bureau, Household Pulse Survey, 2020.

Fuente: KFF (2020)

Al tratarse de un estudio realizado a inicios de la pandemia, los autores indicaron que no podían todavía medir el efecto marginal y total de la carga nociva a la salud mental que ha generado la pandemia del COVID19, por lo que analizan ejemplos pasados con infecciones por coronavirus. Como primer caso, el

estudio menciona que, en el año 2003, durante el brote de SARS-COV en Singapur, se evidenció que un 27% de los trabajadores de la salud informaron síntomas psiquiátricos. En ese mismo brote de 2003 también hay pruebas de que la mayor parte del personal de los Departamentos de Emergencias de Taiwán desarrolló trastorno de estrés postraumático (PTSD). Durante el brote de MERS-COV coreano en 2015, se estudió a pacientes que fueron tratados con hemodiálisis en un entorno aislado. En dichos pacientes los niveles de ADN genómico sin células circulantes (CCF-GDNA) y el ADN mitocondrial de circulación de células (CCF-MTDNA), que son indicadores de estrés psicofísico en humanos, mostraron un retraso significativo en su normalización durante la hemodiálisis entre pacientes en comparación con el grupo control, indicando un efecto dañino a la salud mental.

Otro caso analizado por los autores fueron los brotes de Ébola en Sierra Leona en 2014 y en la República Democrática del Congo en 2018, el personal médico reportó altos niveles de ansiedad y el impacto del estigma entre los que estaban en contacto directo con pacientes infectados.

Según la revisión de literatura de Torales (2020), en el brote del MERS-COV en Corea, el equipo de salud mental proporcionó intervenciones psiquiátricas tempranas y continuas con el brote, como se sugiere en la ocurrencia de brotes de enfermedades infecciosas de alta mortalidad (Shantanu & Kearsley, 2020).

De acuerdo con esta evidencia, el apoyo y el seguimiento de la salud mental deben proporcionarse incluso seis meses después de la liberación del aislamiento para aquellos individuos con un estado previo de salud mental vulnerable. El apoyo debe incluir información precisa, así como los suministros apropiados para los sujetos, incluidos los alimentos, la ropa y el alojamiento, si es necesario. Así mismo, los proveedores de atención médica pueden desarrollar trastornos psiquiátricos después de hacer frente a eventos comunitarios estresantes.

Aunque los estudios relacionados con la salud mental en pacientes con COVID-19 son escasos, varios autores resaltan que es posible predecir más o menos las consecuencias esperadas en la salud mental y

física de las partes más vulnerables de la población (Kang et al., 2020).

Las intervenciones y el apoyo de psicología comunitaria pueden tener algunos efectos en la reducción de los síntomas de los PTSD, los síntomas depresivos y de ansiedad en adultos durante estos eventos estresantes. Los autores indican que, en conclusión, se deben emplear medidas de salud globales para abordar los factores psicosociales, particularmente relacionados con el uso del aislamiento / cuarentena, el miedo y la vulnerabilidad entre la población general. Una respuesta inclusiva mundial debe incluir un enfoque en el impacto en la salud mental de los pacientes y la población general. La información de los medios de comunicación y las redes sociales debe ser controlada de cerca y las intervenciones psicológicas de apoyo comunitario promovidas globalmente.

En un meta-análisis realizado por Wu et al. (2020) sobre problemas mentales durante la pandemia del COVID-19 se encontró incrementos significativos en

Cuadro 05. Prevalencia de enfermedad mental en distintas poblaciones

Resultado de salud mental	# de estudios	Casos positivos	Muestra	Prevalencia (%)
Depresión				
Depresión general	64	42,876	125,121	31.4 (27.3-35.5)
Población general	17	25,115	69,697	31.5 (24.2-39.2)
Pacientes con enfermedades crónicas	2	72	161	44.8 (36.4-53.2)
Estudiantes	7	3,697	10,128	34.8 (16.4-55.9)
Doctores y enfermeras	23	13,360	41,889	31.0 (24.7-37.5)
Otro staff de medicina	6	296	2,471	14.1 (7.4-22.4)
Personas en cuarentena	5	169	367	38.8 (16.4-59.9)
Pacientes de COVID-19	4	167	480	41.7 (26.3-57.9)
Ansiedad				
Ansiedad general	69	41,498	128,855	31.9 (27.9-36.0)
Población general	18	21,310	57,898	29.8 (21.5-38.8)
Pacientes con enfermedades crónicas	3	99	185	55.4 (37.8-72.3)
Estudiantes	8	4,978	17,257	28.2 (16.8-41.2)
Doctores y enfermeras	23	14,312	50,143	29.0 (23.6-34.7)
Otro staff de medicina	7	378	2,521	19.9 (12.4-28.6)
Personas en cuarentena	5	235	367	57.9 (34.4-79.7)
Pacientes de COVID-19	5	186	484	42.3 (27.3-58.1)
Angustia				
Angustia general	14	23,147	67,950	41.1 (32.6-49.8)
Población general	4	19,263	56,528	31.1 (25.8-36.8)
Pacientes con enfermedades crónicas	2	110	232	49.1 (36.0-62.3)
Doctores y enfermeras	5	3,325	10,165	41.2 (19.8-64.5)
Otro staff de medicina	2	194	769	17.3 (1.3-45.4)
Con infección sospechada	1	255	256	99.6 (98.3-100.0)
Insomnio				
Insomnio general	11	6,430	23,022	37.9 (29.9-46.2)
Población general	1	1,317	7,236	18.2 (17.3-19.1)
Estudiantes	1	79	1,031	7.7 (6.1-9.4)
Doctores y enfermeras	7	4,606	13,375	47.3 (38.8-55.8)
Otro staff de medicina	2	423	1,380	31.8 (27.2-36.5)

Fuente: Wu et al. (2020)

la prevalencia de enfermedades mentales en todas las poblaciones estudiadas. Dicho análisis se realizó considerando 66 estudios y 221,970 participantes.

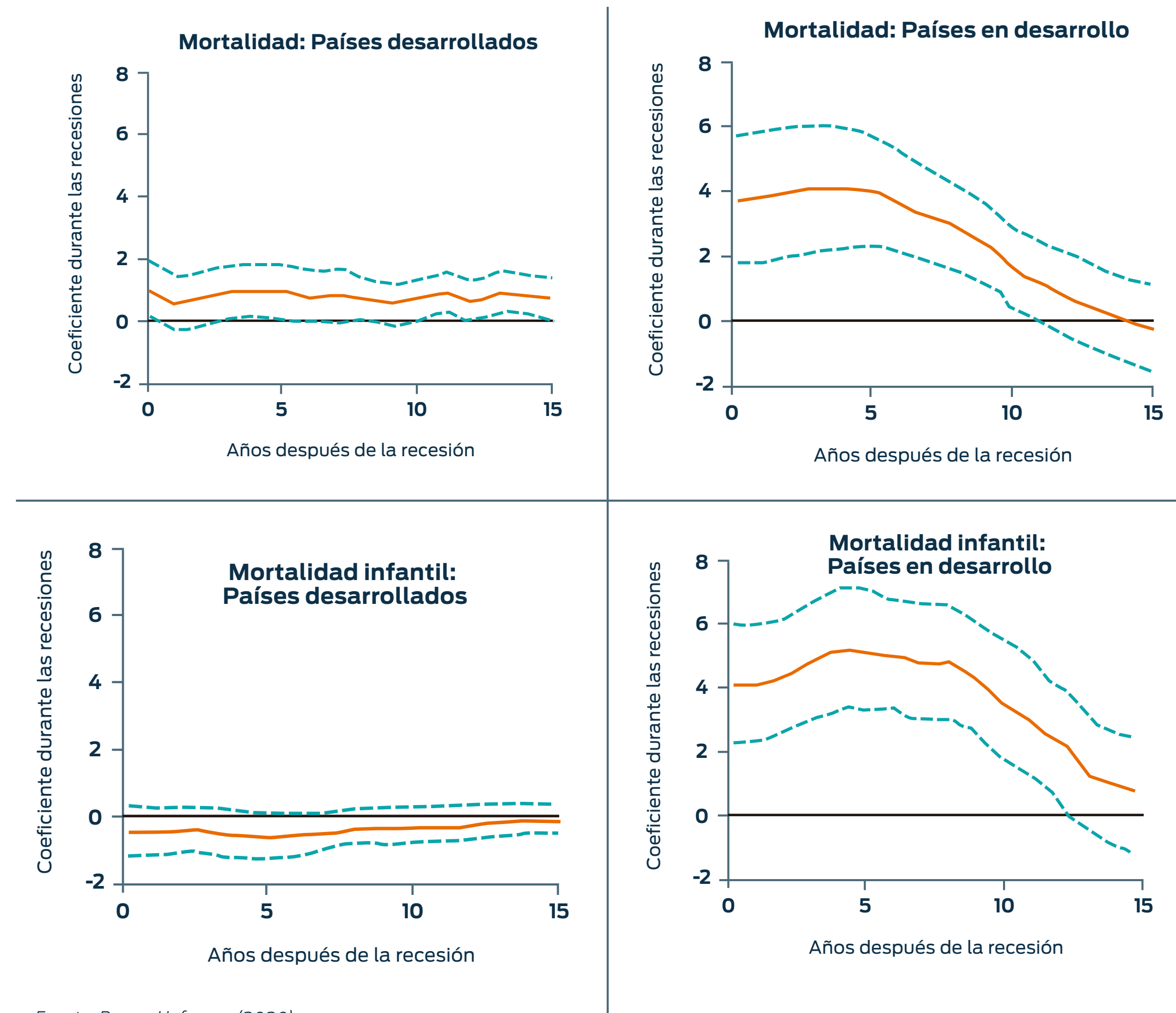
Los estudios comprenden desde la población en general, hasta poblaciones muy especializadas como pacientes de COVID-19 o trabajadores de primera línea de la salud. En el cuadro 05 se puede observar el resultado de la agregación de los resultados en distintas poblaciones.

La prevalencia combinada general de cada enfermedad fue de:

- Depresión: 31.4%
- Ansiedad: 31.9%
- Angustia: 41.1%
- Insomnio: 37.9%

El estudio encuentra que ciertos grupos como los pacientes con enfermedades crónicas no infecciosas, las personas en cuarentena y los pacientes con COVID-19 tenían un mayor riesgo de depresión y ansiedad que otros grupos estudiados. La población general y el

Gráfico 08: Efecto de las recesiones sobre la mortalidad - países desarrollados vs países en desarrollo



Fuente: Doer y Hofmann (2020)

personal no médico tenían un menor riesgo de angustia que otras poblaciones. Los médicos, enfermeras y personal no médico mostraron una mayor prevalencia de insomnio que otros grupos.

Así mismo, existe evidencia de que el efecto del confinamiento por la pandemia podría traducirse directamente en incrementos de la mortalidad, en particular para países en desarrollo. Doerr y Hoffmann (2020) viendo datos de 60 años en 180 países encuentran que las recesiones están sistemáticamente asociadas a mayores tasas de mortalidad, sobretodo en economías emergentes y países en desarrollo, efecto

que tiende a permanecer por varios años como puede observarse en los gráficos 08. Esto sugiere que la pandemia no solo tendrá efectos en vidas perdidas por la enfermedad, si no que también podremos esperar muertes por la crisis económica.

Los autores especulan algunos canales a través de los cuales las recesiones incrementan la tasa de mortalidad:

- La disminución de los ingresos de las personas (Cutler et al. 2006).
- El aumento del desempleo puede causar un aumento en la desnutrición (O'Connell y Smith, 2016).

- Pérdida de empleo en recesión causa ansiedad existencial, incrementando problemas de salud relacionados al estrés y suicidios (Case y Deaton, 2020).

En contraste, los autores entienden que la razón por la que los países ricos no tienen un efecto tan significativo es gracias a sus sistemas de aseguramiento financiero, lo que permite proteger los estándares de vida de las personas.

Mejores prácticas internacionales en políticas públicas en salud mental y salud financiera

SALUD MENTAL

Por el lado de la salud mental, se puede aprender de algunas iniciativas importantes que se han realizado en otros países de la región. Algunos países, como Jamaica, han introducido esquemas innovadores diseñados para brindar capacitación adicional a las enfermeras de salud mental.

En Jamaica, las enfermeras pueden convertirse en “oficiales de salud mental” después de recibir capacitación en habilidades clínicas y administrativas. Este esquema ha tenido éxito en reducir la duración de la estadía, reducir el estigma relacionado con la salud mental y recortar los costos de hospitalización al tratar al paciente principalmente a nivel comunitario (McKenzie, 2008).

En base a esta experiencia, se recomienda también la inclusión de la salud mental y el abuso de sustancias en la Agenda de Desarrollo Sostenible del país para obtener impacto positivo en las comunidades y los países, destacando la importancia de la promoción de la salud y el bienestar mental, y la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias.

Otro caso fue la reforma en la provincia argentina de Río Negro. Esta fue una experiencia que desde el inicio tuvo tanto partidarios entusiastas como críticos implacables. Fue una de las primeras reformas para implementar con éxito un sistema integrado de salud mental sin hospital psiquiátrico en un gran territorio, con un componente significativo de rehabilitación psicosocial y amplia participación de los pacientes.

Mientras que Cuba fue el pionero de la región en incluir la salud mental en la atención primaria como base del nuevo sistema de salud mental, y en implementar esta estrategia a nivel nacional. Esta experiencia se ha considerado exitosa.

Las experiencias de Campinas, Brasil e Hidalgo, México, también fueron especialmente significativas en el ámbito de la desinstitucionalización. A modo de ejemplo de implementación de este tipo de enfoque, en Campinas se avanzó en el desarrollo de un sistema comunitario integral con instalaciones adaptadas a las diferentes necesidades de las personas con problemas de salud mental: CAPS (centros de atención comunitaria psicosocial), hogares colectivos, programas y talleres de rehabilitación, entre otros.

A pesar de las diferentes experiencias, existen algunos puntos clave que coinciden en todas. Entre estos se pueden identificar los siguientes:

- Es necesario tener un plan de salud mental o, al menos, una política que defina las prioridades en la organización de los servicios de salud mental.
- Debe existir una unidad de salud mental encargada de coordinar la implementación del nuevo plan.
- El establecimiento de alianzas sólidas con varias partes interesadas involucradas en la reforma de la salud mental resultó ser otro factor clave. Alianzas con otros servicios de salud, con asistencia social,

con representantes de pacientes y familiares, con el sector justicia, etc.

En un estudio en países desarrollados, Emily Hewlett y Valerie Moran evaluaron la salud mental en los países de la OECD. La investigación, titulada "Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care" es un reporte basado en la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos, incluyendo información obtenida a través de cuestionarios y búsquedas de datos. El reporte sugiere políticas claves y estrategias que pueden resultar en un mejor cuidado de la salud mental y a fortalecer los sistemas de salud mental.

El reporte examina la salud mental, los desórdenes mentales y los sistemas de salud mental de los países miembros de la OECD y llegan a la conclusión de que la carga de problemas de salud mental es demasiado alta:

- En un momento dado, aproximadamente entre el 15-20% de la población en edad de trabajar sufre

de algún problema mental que alcanza el nivel de ser diagnosticado.

- Una de cada dos personas tendrá en algún punto de su vida un problema de salud mental.
- Se estima que hasta un 60% de las personas que padecen problemas y necesitan tratamiento no lo obtienen.
- En la Unión Europea, el costo estimado de los problemas de salud mental era 3-4% del PIB en el año 2004.
- Las personas con problemas de salud mental son entre 6 y 7 veces más probables a estar desempleados.

Según Hewlett y Moran, existen tres áreas claves en las que los países deben concentrarse para responder a los crecientes problemas de salud mental:

1. Medir la salud mental para tener una mejor comprensión de la escala del problema y qué funciona para abordarlo.

Existe poca información sobre casi todos los aspectos de salud mental en los países de la OECD,

por lo que los hacedores de políticas públicas no pueden entender en su totalidad la escala del reto de los problemas de salud mental o que funciona para abordarlo. Hay muy poca evaluación sobre la prevalencia de los problemas de salud mental, sus costos, los resultados de tratamientos y de la calidad del servicio.

Para hacer esto, se necesitan tres componentes claves:

a. Entender la prevalencia de los problemas de salud mental:

Hay fuertes indicadores de que la carga de salud mental es alta, pero no todos los países están haciendo lo suficiente para medir y entender la prevalencia de estos problemas en su población. Encuestas de hogares, nacionales e internacionales pueden ser usadas para informar y mejorar los servicios de salud mental, pero estas no están estandarizadas, varían en su capacidad de capturar la prevalencia de los problemas de

salud mental en la población y existen en menos de la mitad de los países de la OECD. Una fuente de información pueden ser los reclamos a la Seguridad Social por enfermedad y discapacidad.

Ausencias por enfermedades de salud mental pueden ser causadas por tendencias en los médicos de otorgar licencias por falta de experiencia tratando salud mental, escasez de opciones de tratamiento para personas con problemas de salud mental, apoyo deficiente en los lugares de trabajo para empleados con necesidades de salud mental, o una combinación de estos.

Cuando existen buenos datos sobre quienes son afectados por problemas de salud mental, es más fácil realizar políticas focalizadas.

b. Medir los altos costos de los problemas de salud mental:

La falta de datos sobre los costos de salud

mental impide mejor entendimiento de los niveles de costos y la asignación de recursos, los cuales son necesarios para abordar la inaceptablemente alta carga de la salud mental. Datos importantes son los costos directos, costos indirectos, costos intangibles. Esta falta de información limita el potencial para que los países examinen cuáles servicios representan el mejor valor por su dinero y donde los gastos directos están disminuyendo los costos indirectos, dentro del sector de salud mental, el sector salud en general y en la economía. La OECD ha trabajado en varios esfuerzos que han mejorado esta falta de información en diversos países.

c. Monitorear los resultados de los tratamientos y la calidad del cuidado:

Aunque 2/3 (20) de los países de la OECD reportan usar indicadores de resultados, la mayoría se limitan a tasas de descargo y suicidio. Existen datos administrativos de hospitales con elementos de salud mental en casi todos los

países de la OECD, que miden días en cama y estadía en hospital. Existen registros nacional o recolecciones de datos que cubren varias enfermedades mentales disponibles, pero no en todos los países de la OECD.

Factores que son responsables de la poca disponibilidad de data incluyen: la compleja naturaleza de problemas de salud mental, altas tasas de comorbilidades, ausencia de un acuerdo en las medidas adecuadas, débil infraestructura para la medición y la ausencia de identificadores únicos por paciente.

2. Incrementar la provisión de servicios basados en evidencia, especialmente expandiendo el rol del sector primario de salud y que este cuente con el apoyo de todo el sistema.

La alta carga epidemiológica y los altos costos de los problemas de salud mental demandan la priorización de enfoques que garanticen buenos resultados y sean costo-eficientes.

Existe evidencia de que la escasez en servicios de salud mental se traduce en algunas personas que reciben algún servicio o tratamiento, no reciben el más apropiado para su problema mental o tratamiento insuficiente. Entre un tercio y la mitad o más de las personas con problemas de salud mental no reciben tratamiento. Por enfermedades, se tiene un 32.2% para esquizofrenia, 57.5% para desórdenes de ansiedad, 56.3% para depresión, 50.2% para bipolaridad y 57.3% para trastornos obsesivos-compulsivos.

Se estima que en Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España un 3% de la población tiene necesidades insatisfechas de cuidados de Salud Mental. Casi una de cada dos personas con un problema de salud mental diagnosticable reportó no usar servicios de salud mental para su enfermedad. Para ponerlo en perspectiva, para la diabetes esto sucede en 1 de cada 10 personas.

Los problemas leves y moderados de salud mental son fuertes motivadores de sobre trabajo, ausencia

en el trabajo, discapacidad y desempleo. Para fortalecer la provisión para enfermedades de salud mental leves y moderadas, mejorar y expandir el acceso de cuidados de nivel primario es importante y debe de involucrar las siguientes medidas:

- a. Entrenamiento y desarrollo continuo profesional en todos los proveedores de primarios de salud para diagnosticar, tratar y manejar desórdenes leves y moderados.
- b. Crear guías accesibles y actualizadas para los centros de atención primaria.
- c. Explorar el potencial para que los centros de atención primaria utilicen prácticas basadas en evidencia con el debido entrenamiento, como terapia cognitivo-conductual.
- d. Proveer servicios especializados de salud mental que los proveedores de salud primaria puedan referir a los pacientes que requieran tratamiento más intenso.
- e. Asegurar buenas redes de apoyo entre la atención primaria y los servicios de salud mental especializados, esto le permitirá al

nivel primario abordar casos más complejos y construir competencias y especialización.

Muchos centros de atención primaria son exigidos a desarrollar funciones adicionales relacionadas a salud mental, pero con pocos recursos adicionales para hacerlo. Estudios de Canadá, Alemania, Reino Unido y los Estados Unidos sugieren que en el nivel de atención primaria se tiene dificultad considerable identificando problemas emocionales y depresión leve. También se encontró que los profesionales del nivel primario pueden no contar con la mejor y más reciente información sobre tratamiento de problemas mentales comunes.

Una manera costo-efectiva con buenos resultados y manejable por centros de atención primaria son las medidas de cuidado escalonado. En esta modalidad, el tratamiento inicia con intervenciones de baja intensidad (materiales bibliográficos y audiovisuales de autoayuda), luego aumenta en intensidad en línea con el nivel de respuesta y severidad de los síntomas del paciente. Esto podría incluir terapias individuales con un especialista. Esta modalidad puede reducir

presiones en el sistema de salud en la demanda de servicios más especializados. Dentro de los países de la OECD, 12 reportan que la terapia cognitivo-conductual está disponible al nivel de atención primaria.

Con el proceso de desinstitucionalización, el cuidado para las enfermedades de salud mental toma lugar en un rango de entidades, haciendo que la coordinación sea un reto importante. Mientras resultados inadecuados del cuidado han sido asociados con fallas de coordinación del cuidado, la pobre coordinación hace que sea más fácil que los pacientes caigan por las grietas del sistema entre el cuidado en un centro y cuidado comunitario. También puede todas las necesidades del paciente no puedan ser satisfechas. Además, el buen desempeño del personal de atención primaria es esencial para abordar el problema de coordinación, ya que son más propensos a considerar toda la salud tanto físico como mental del paciente, en comparación a la visión más específica y focalizada que podría tomar un especialista en salud mental.

Los países deben de incrementar la escala de servicios que hayan demostrado ser efectivos para tratar niveles leves, moderados y severos de problemas de salud mental. Cuando los tratamientos más efectivos son priorizados, los costos indirectos tienden a disminuir, las ausencias por enfermedad caen, la productividad aumenta, las reclamaciones a los seguros de salud disminuyen, el empleo y los ingresos fiscales aumentan dado el regreso de los individuos al trabajo.

Un ejemplo de la desinstitucionalización es el Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) el cual consiste en un apoyo intenso provisto por equipos multidisciplinarios y disponibles 24 horas al día, con equipos con bajas cargas de casos y usualmente proveyendo servicios y tratamientos basados en la comunidad.

Esta es una metodología clave en el cuidado basado en la comunidad para personas con problemas de salud mental severos. Este tipo de tratamiento está asociado a una mejor interacción entre los servicios, el

incremento de la calidad de vida y la satisfacción con el cuidado recibido. Este tratamiento es “Asertivo” en el sentido de que se espera que los profesionales de la salud mental sean asertivos en la búsqueda y entrega de los tratamientos a los pacientes y a la vez se asegure la coordinación entre diferentes servicios y tratamientos.

La evidencia internacional sugiere que programas preventivos focalizados en depresión, por ejemplo, en escuelas y lugares de trabajo, podrían ser una manera efectiva de aliviar enfermedades que no pueden ser solucionados con tratamientos psicológicos o farmacéuticos.

3. Asegurar mejores resultados para problemas de salud mental a través de incentivos.

Se necesita una mejor comprensión de qué constituye un “buen sistema de salud mental”: Buena información sobre la calidad del cuidado de salud mental, un fuerte deseo de asegurar mejor resultados de salud mental y la capacidad de monitorear el sistema de salud mental con

los estándares esperados son puntos de partida fundamentales.

En la mayoría de los países los resultados de tratamientos de salud mental son medidos y monitoreados con poca frecuencia, usualmente debido a la falta de buenos indicadores de resultados, o de una metodología que establezca resultados deseables y no deseables.

En otras áreas del sistema de salud es más fácil determinar en qué consiste un buen cuidado y buenos resultados. Es posible medir tasas de supervivencia, reducción de severidad de síntomas o un manejo más estable de estos. Dada la complejidad en el tratamiento, la heterogeneidad de su naturaleza y el hecho de que a veces son crónicas, definir un resultado del tratamiento “bueno” es difícil.

A pesar de estos retos, existen ejemplos que podrían emularse, como es el caso de Australia y su Colección Nacional de Resultados y Mezcla

de Casos (NOCC, por sus siglas en inglés). Esta herramienta consiste en la medida de un conjunto de resultados en todos los estados y territorios australianos. Se incluyen medidas de funciones y de medidas de síntomas y bienestar por parte de los usuarios del sistema de salud.

La herramienta incorpora también la Escala de Resultados de la Salud de la Nación (HoNOS, por sus siglas en inglés). Esta cuenta con 12 ítems

que miden cuatro campos: comportamiento, discapacidad, síntomas y manejo social. Los proveedores de salud califican a los pacientes, y con esta puntuación se pueden hacer comparaciones a través del tiempo.

La mayoría de los datos que existen a nivel nacional se concentran en atenciones de salud en hospitales y no existen datos de alta calidad disponibles para cuidados comunitarios

(exceptuando en Australia, Inglaterra y Holanda). Los incentivos financieros a los proveedores de salud son útiles y pueden funcionar, siempre y cuando se tomen medidas para evitar la sobreprovisión de servicios y cuidados, como cantidad de días en cama de hospital o en centro de rehabilitación. Esto incrementa el costo sin proveer un retorno en el bienestar del paciente.

SALUD FINANCIERA

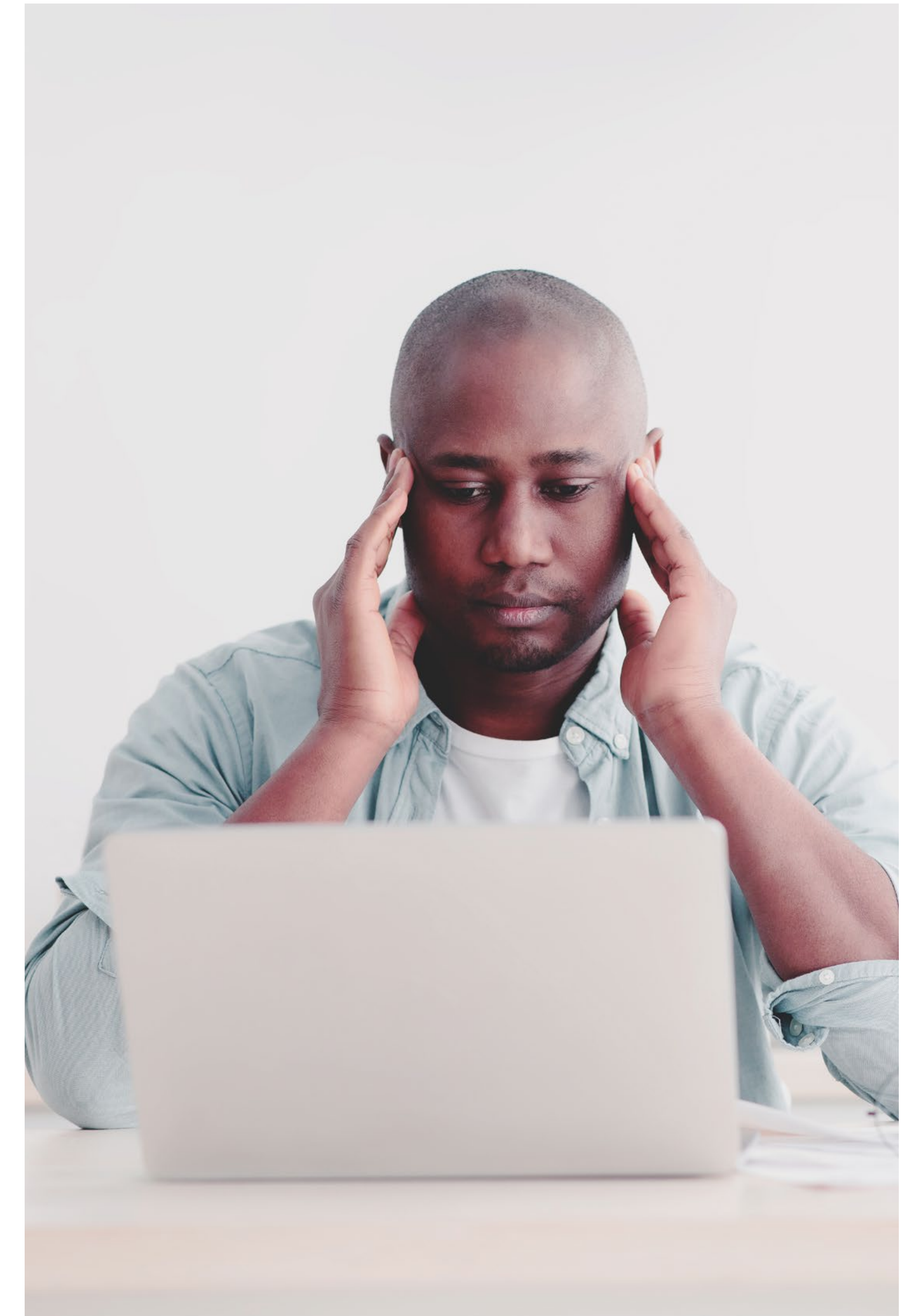
En términos de salud financiera, se han visto muchas políticas desde los reguladores del sector, pero también desde acciones que pueden tomarse desde otras áreas gubernamentales.

Un área poco explorada es cómo la red de apoyo de amistades y familiares puede apoyar en momentos de tensión en términos financieros. El Money and Mental Health Institute estima que un 42% de las personas que han experimentado un problema de salud mental han deseado ayuda en el área de administración del dinero de un amigo o familiar. Así mismo, una de cada cinco personas que ha tenido un problema de salud mental ha querido ayuda para pagar las facturas (20%) y uno de cada ocho ha pedido ayuda para manejar cartas y correos electrónicos de proveedores de servicios esenciales (13%) y para administrar un presupuesto (12%).

Las iniciativas relativas a fomentar la salud financiera van desde mecanismos más formales como dar un poder legal a arreglos de una sola vez que pueden

ser más informales. Por ejemplo, en Irlanda y Escocia existe la figura del “Court Protection Deputy” que es una persona legalmente designada por los tribunales para tomar decisiones de propiedad y asuntos financieros en nombre de otra persona que ha perdido la capacidad mental para tomar estas decisiones por sí misma. Así mismo, en Escocia existe el “Access to Funds” que es una alternativa simple a la tutela para aquellos con asuntos financieros menos complejos, Access to Funds permite que un tercero acceda a la cuenta bancaria de una persona que ha perdido la capacidad con el único propósito de cubrir sus gastos de vida cotidianos y pagar sus deudas. Aunque hay opciones disponibles para facilitar el acceso de terceros y la toma de decisiones con apoyo, en la práctica, las personas con problemas de salud mental dependen en gran medida de soluciones más informales.

Dada la importancia de las redes de apoyo para mantener salud financiera en caso de momentos de tensión o de problemas de salud mental, se mencionan algunas opciones de políticas en esta área:



- Mecanismos para dar visibilidad a un tercero sobre una cuenta, y/o notificaciones de actividad preocupante en una cuenta, lo que les permite discutir problemas con el titular de la cuenta y ayudarlo a encontrar una solución, sin socavar su autonomía.
- Opciones para otorgar a un tercero control sobre partes de una cuenta, por ejemplo, la capacidad de establecer límites de gasto, pero no controlar el gasto diario.
- Las empresas de energía, agua y telecomunicaciones pueden tomar medidas para dar a conocer la disponibilidad de facturación de terceros y configurar la capacidad de enviar otras notificaciones a terceros.
- Las empresas de servicios financieros deben ofrecer a los clientes la posibilidad de configurar alertas simples para un tercero en respuesta a factores desencadenantes, como un saldo que cae por debajo de cierto nivel, un sobregiro o un gasto por encima de cierta cantidad.
- Así mismo, se podrían tomar en cuenta algunas recomendaciones adicionales en base al "Money and Mental Health Manifesto 2019: Five Ways to boost mental health and financial wellbeing across the UK", entre éstas:
 - Permitir que las personas bloqueen ciertos tipos de transacciones con tarjetas de crédito y débito, como juegos de azar y líneas telefónicas con tarifas especiales.
 - Eliminar o limitar la renovación automática de los contratos de los consumidores, para evitar que las personas con problemas de salud mental queden atrapadas en suscripciones que no pueden pagar.
 - Brindar a las personas un mayor control sobre su entorno en línea, asegurándose de que puedan optar por no participar en el marketing para juegos de azar, limitar su exposición a contenido dañino en línea y bloquear los correos electrónicos promocionales por la noche cuando pueden ser más difíciles de resistir.
 - Crear una ley para tratar de manera justa a las personas con problemas de salud mental y evitar que las empresas incumplan sus obligaciones. La ley debe garantizar que las personas con discapacidades tengan un acceso equitativo a los bienes y servicios esenciales.
 - Reformar el sistema de poderes notariales para brindar a las personas y a sus cuidadores una variedad más clara de opciones para la toma de decisiones con apoyo que no impliquen ceder la autonomía financiera total.
- Poner fin a las prácticas amenazadoras de cobro de deudas: los gobiernos deben hacer que las cartas de cobro de deudas sean menos amenazantes y más solidarias. También debería tomar medidas enérgicas contra el comportamiento ilegal de los alguaciles mediante la introducción de un regulador independiente y un proceso de quejas para la industria.
- Hacer de la dificultad financiera una consideración clave en la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio: Los formuladores de políticas deben poner en marcha y proporcionar recursos para una nueva estrategia nacional que reconozca y priorice de manera más explícita abordar el vínculo entre la dificultad financiera y el suicidio. Esto debería incluir explorar el papel de los bancos y la industria de servicios financieros en general, los reguladores, las autoridades locales y otros servicios públicos para abordar estos problemas.
- Solicitar a los médicos generales que ofrezcan apoyo preventivo dirigido específicamente a ayudar a las personas a evitar dificultades financieras. Los formuladores de políticas deberían introducir una nueva intervención breve para todos los médicos

de cabecera y profesionales de atención primaria, para proporcionar información y señalización sobre problemas económicos a las personas con problemas de salud mental.

- Integrar el asesoramiento sobre deudas en los servicios de salud mental para ayudar a las personas con problemas de salud mental que se encuentran en dificultades financieras. Esto podría aumentar la tasa de recuperación de las personas con depresión y dificultades financieras. Además, podría generar ahorros en atención médica y un impulso a la economía en general, reduciendo las barreras al empleo y aumentando la productividad.
- Aumentar la flexibilidad de la paga por enfermedad, para permitir la licencia por enfermedad preventiva a tiempo parcial, así como el regreso al trabajo por etapas.
- Introducir reformas de gran alcance en el sistema de prestaciones para que funcione para las personas con problemas de salud mental. Los problemas de salud mental pueden hacer que sea imposible hacer llamadas telefónicas, asistir a citas o completar

trámites complejos, lo que hace que muchas personas pierdan los beneficios a los que tienen derecho.

De igual forma, en base a un estudio de Bond, Braverman y Clarke (2018), se dan algunas conclusiones y recomendaciones de políticas sobre cómo se puede minimizar el daño financiero causado por una crisis de salud mental:

- Detener los intereses, los cargos, las tarifas y las acciones de ejecución a las personas con incidencia de crisis mental permitiría que las personas recuperaran su capacidad para administrar y pagar sus deudas.
- Proponen una extensión del programa “Breathing Space” de Inglaterra. Este programa le otorga a toda persona con un problema de deuda protecciones legales de acciones de los acreedores por un período de 60 días, incluyendo las llamadas de los acreedores y los cargos de mora e intereses a la deuda, a todo el que forme parte del National Health

System (NHS) y que acceda a la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados o la atención de un equipo de resolución de crisis. Esto ayuda a alentar a las personas a acceder a asesoramiento sobre deudas, permitiéndoles congelar intereses, cargos y acciones de ejecución por un período de tiempo limitado mientras buscan ayuda¹.

- Todas las empresas de servicios esenciales deben construir sistemas que permitan que un tercero tenga poderes limitados para administrar una cuenta, sin la necesidad de una delegación legal formal de autoridad, y minimizando el riesgo de abuso.
- El gobierno debe revisar el poder notarial para asegurarse de que haya herramientas de delegación disponibles que sean lo suficientemente flexibles para satisfacer las necesidades de las personas con problemas de salud mental fluctuantes, y que las empresas de servicios esenciales puedan implementarlas de manera efectiva.

¹ Esto se logró en 2020 con la creación del “mental health crisis breathing space” el cual se le otorga a quien sea que este recibiendo tratamiento por una crisis de salud mental, y dura por cualquiera que sea el tiempo de tratamiento de dicha crisis más 30 días calendario a partir del fin del tratamiento.

Salud mental en la República Dominicana

CONTEXTO

Las muertes por causa de daño autoinfligido han venido incrementando en las últimas décadas en la República Dominicana. Entre 1990 y 2019, las muertes por violencia y suicidio han aumentado 146.8% en el país.

Para el año 2019, violencia y suicidio representaban el lugar número ocho en las causas de muertes de la República Dominicana. Expandiendo esta métrica por sexo, vemos que, para los hombres, la violencia y suicidio representa el lugar número seis entre todas las muertes, y en 30 años, éstas muertes han aumentado un 155.6% en el país.

En particular, sus efectos resultan muy relevantes en términos de los años de vida y vida saludable perdidos, incluso superando ya a enfermedades muy visibles como la diabetes.

En el año 2019, los desórdenes mentales representaban el lugar número cinco en cuanto a pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. Esta es una métrica muy utilizada en estudios de costo-efectividad en temas de salud. Desde 1990 a 2019, vemos que el crecimiento del efecto de los desórdenes mentales es de un 71.4% para los dominicanos.

La ansiedad es el trastorno mental más prevalente en la República Dominicana con un 5.7%. Sin embargo, como porcentaje del total de años de vida perdidos por discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés), la depresión la supera con el 2.1% de DALYs anuales promedio en el país.

Sin embargo, el gasto en salud mental como porcentaje del gasto público en Salud es muy limitado. Para 2016, el gasto en salud mental como porcentaje del gasto público en salud era de tan solo un 0.7%. Para contextualizar, en América Latina sólo la República Dominicana, Nicaragua y Bolivia invierten menos de 1% en salud mental como porcentaje del gasto de salud (WHO-OPS, 2013).

En tanto, también en 2016 el gasto de los centros de salud mental como porcentaje de los centros de salud ambulatoria fue de tan solo 0.07% y el gasto de los hospitales de salud mental como porcentaje del total de gasto en hospitales fue de un 0.14%.

No parecería ser un problema de falta de oferta, ya que,

a pesar del bajo gasto observado por parte del sector público, la República Dominicana ronda la mediana regional en términos del número de psiquiatras y psicólogos ajustado por población. De hecho, para el año 2018 se estima que había unos 150 psiquiatras en la red pública y unos 467 psicólogos.

Para el año 2016, el promedio de la región de psiquiatras por cada 100,000 habitantes aproximaba

a 5.3, mientras que el de psicólogos aproximaba a 42.6. Sin embargo, sacando los dos casos atípicos de Costa Rica y Argentina, la cifra de psicólogos por cada 100,000 habitantes promedio es de 11. Por otro lado, es importante resaltar a los trabajadores sociales, quienes según la OMS cada vez resultan más necesarios para trabajar con pacientes afectivos a la salud mental. En ese sentido, en el cuadro 06 se observan las cifras referentes a este renglón de trabajadores.

Cuadro 06. Psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales por 100,000 habitantes, para países seleccionados

Países	Psiquiatras (por 100,000)	Psicólogos (por 100,000)	Trabajadores sociales (100,000)
Argentina	21.7	222.6	N/A
Costa Rica	3.9	142	77
Cuba	9.1	31.1	1.3
Perú	2.9	9.5	N/A
República Dominicana	2.3	7.6	0.3
Ecuador	0.5	7.6	0.02
El Salvador	0.9	2.1	0.3
México	0.2	3.5	0.5
Haití	0.07	0.6	0.4
Estados Unidos	10.5	29.9	60.3

Fuente: OMS (2017)

De acuerdo con un estudio de la OECD, el número de psiquiatras disponibles ajustado por población en la región de América Latina es cinco veces menor que en la OECD. Así mismo, el número de enfermeras y de camas habilitadas para atender a pacientes de salud mental es tres veces menor en la región de América Latina que en la OECD.

La desigualdad en temas de salud mental no es solo entre la región y la OECD, sino interno a los países: En México, el 60% de los psiquiatras están localizados en las tres ciudades más grandes, cuyas áreas metropolitanas solo tienen aproximadamente el 20% de la población del país.

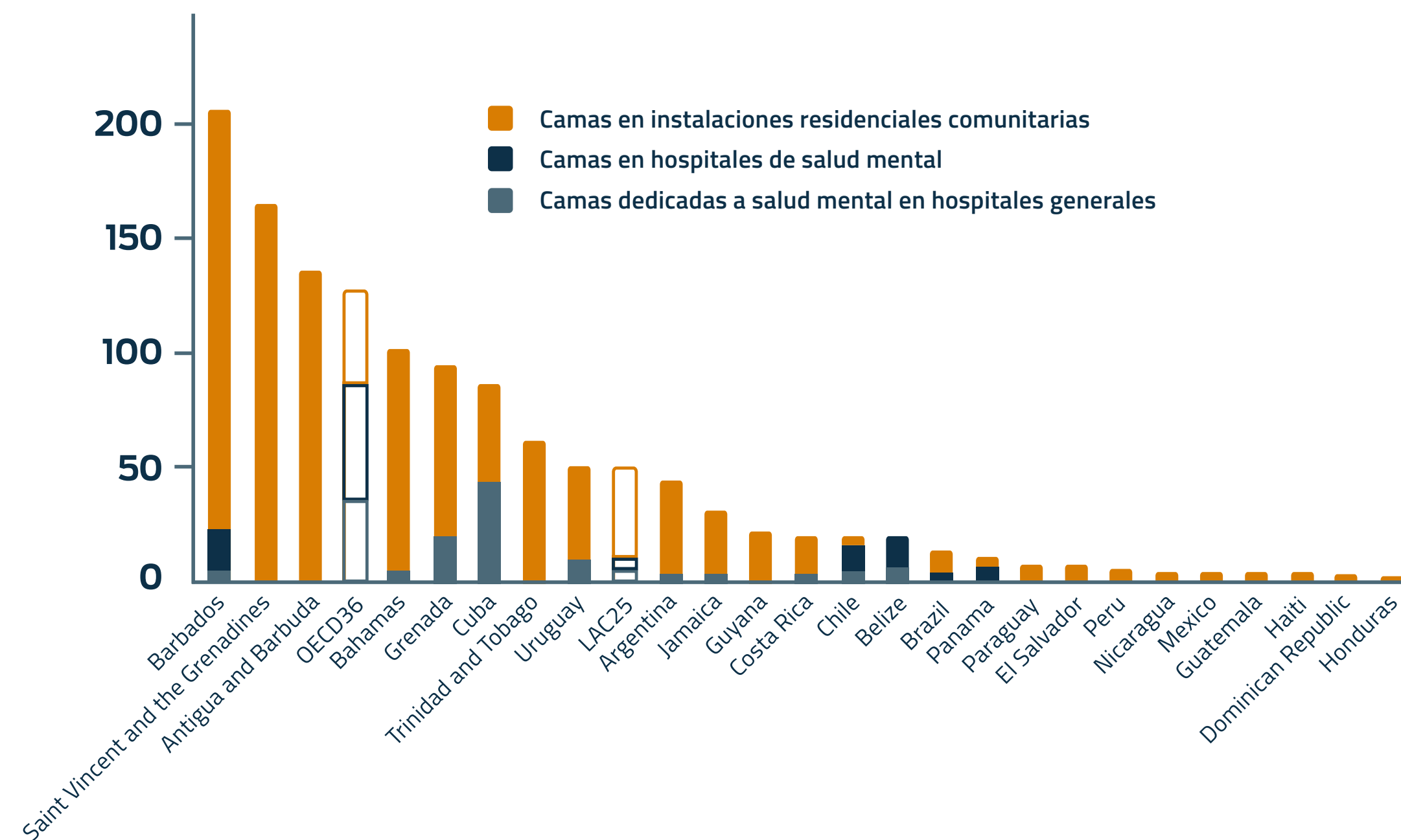
Hay que aclarar que en América Latina y el Caribe los recursos disponibles para la salud mental son escasos, y que más allá de la oferta de especialistas, la República Dominicana queda en un puesto preocupante en camas habilitadas y en enfermeras por 100,000 habitantes. En la gráfica 09 se observa que la República Dominicana es el segundo país con menos camas habilitadas por cada 100,000

habitantes de la región de América Latina y el Caribe.

Con respecto al aspecto de la cantidad y eficiencia de las enfermeras, se puede observar el caso de Jamaica como una buena guía de cómo incrementar su uso. En Jamaica, existe un programa de entrenarlas y convertirlas en

“Oficiales de Salud Mental”, lo que parece haber sido muy exitoso en reducir el estigma con respecto a la salud mental y en hacer intervenciones eficientes y costo-efectivas en la comunidad (McKenzie, 2008).

Gráfico 09. Camas disponibles para pacientes de salud mental, por 100 mil habitantes A 2016 o año más reciente posible



Fuente: OECD (2020).

Consideraciones sobre COVID-19

De acuerdo con una encuesta realizada por la ONU durante el año 2020, la salud mental en la República Dominicana también ha sido afectada por la pandemia y el confinamiento. La “RED ACTÚA: Segunda encuesta sobre el impacto socioeconómico de la COVID-19, Naciones Unidas, República Dominicana” encuentra que en el país:

- El 5.6% de los hogares expresaron que algún/a integrante del hogar requiere de apoyo psicológico para abordar las necesidades emocionales debido a la COVID-19.
- El 15.4% de los hogares indican que al menos una persona ha presentado signos de depresión o ansiedad.
- El 6.9% de los hogares indican que al menos una persona ha presentado tensiones crecientes en la familia.
- El 3.1% de los hogares indican que al menos una persona ha presentado consumo excesivo de alcohol.

Sin embargo, a pesar de estos resultados iniciales, en 2020 las tasas de suicidios, homicidios y heridos en actos violentos se redujeron con respecto a 2019, indicadores que preocupaban al inicio de la crisis del COVID-19. Varios de los expertos entrevistados indicaron que una intervención que puede haber sido efectiva en prevenir un deterioro de la salud mental en 2020 fue la campaña de visualización de los posibles problemas de salud mental al inicio de la pandemia y la promoción de líneas de ayuda.

Sin embargo, no podemos considerar la batalla como finalizada. Algunos indicadores están empeorando y existe preocupación entre los expertos de secuelas de largo plazo, así como nuevos retos en la vuelta a la normalidad. Existen indicadores que han iniciado a mostrar una tendencia al alza en los primeros 6 meses del 2021: los suicidios han incrementado en un 3% con respecto al mismo período de 2020, y tanto los homicidios como los heridos en actos violentos han incrementado en más de un 10% con respecto a los primeros 6 meses del año anterior. A la vez, varios de los expertos en salud mental entrevistados mostraron

preocupación por posibles dificultades en la transición a la “normalidad”, incluyendo ansiedad entre aquellos que todavía no se sienten cómodos saliendo durante pandemia a actividades “regulares”, al igual que otros trastornos por pérdidas de seres queridos, empleos, etc.

Salud financiera en la República Dominicana

CONTEXTO

Resultan preocupantes indicadores sobre la fragilidad del ingreso en República Dominicana, donde según datos de la Encuesta de Cultura Económica y Financiera (2014) más del 60% de los hogares tienen anualmente alguna circunstancia donde los ingresos no cubren los gastos.

Este indicador es considerablemente alto independientemente del nivel socioeconómico de las familias, superando el 70% de los hogares de ingresos más bajos y un 44% de las familias de ingresos más alto. Pero ¿qué hacen estos hogares para lograr cubrir sus gastos cuando sus ingresos no son suficientes? La gran mayoría elige endeudarse (alrededor de 2/3) y un 61% intenta reducir sus gastos. Tan solo un 19% de los hogares retiró dinero de sus ahorros, lo que es consistente con la baja tasa de hogares que mantiene ahorros para fluctuaciones en sus ingresos o para emergencias.

Resulta aún más preocupante que entre los que se endeudan, menos de un 25% lo hace a través de instrumentos financieros formales para atender a estas necesidades, ya que en muchos casos los sistemas informales pueden resultar mucho más costosos.

La más reciente Encuesta Nacional de Inclusión Financiera (2019) muestra además que la falta de ahorros y la desconexión con el sistema formal financiero para cubrir déficits es mucho mayor en poblaciones de menores ingresos.

Mientras que casi un 60% de aquellos con ingresos superiores a los RD\$31,200 indican que cubrirían una emergencia con sus ahorros o utilizando su tarjeta de crédito, este grupo representa tan solo un 20% entre

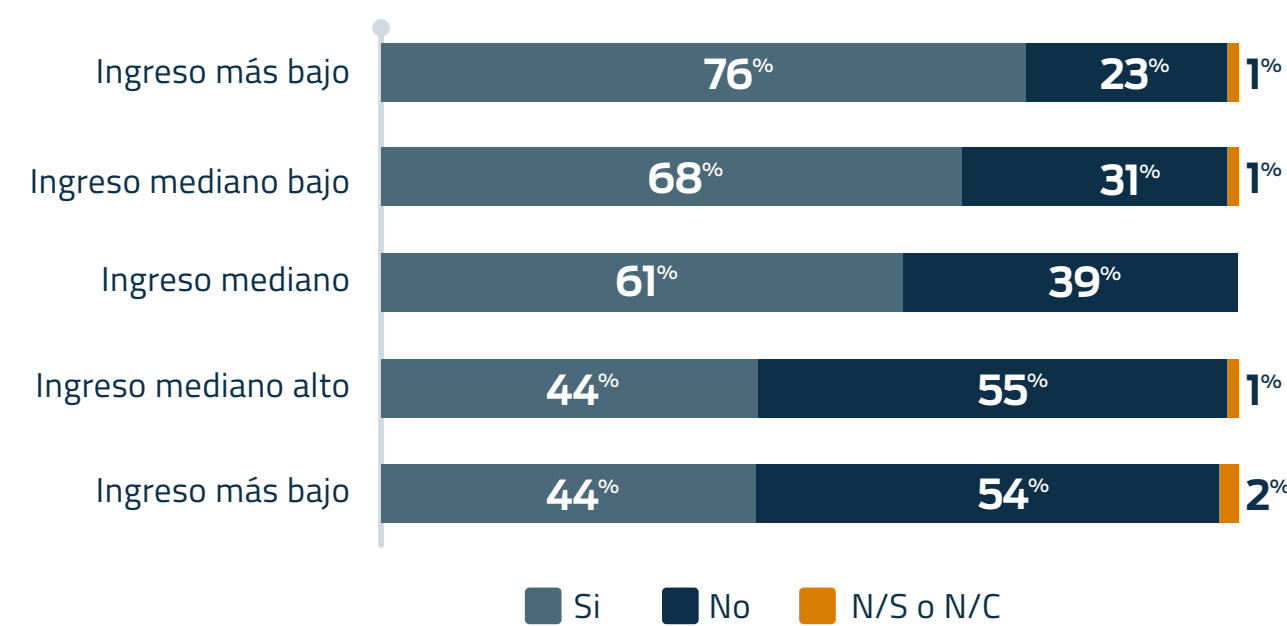
aquellos con un ingreso menor a RD\$31,200. La principal opción para el grupo de menores ingresos es tomar préstamos de conocidos, una vez más mostrando el arraigo de los prestamistas informales en la cultura financiera de la República Dominicana. Así mismo, un 12.4%, o aproximadamente 1 de cada 8, indica que no podría cubrir dicha emergencia.

Aún más, se explora lo que hicieron estos dos grupos la última vez que sus ingresos no cubrieron sus gastos,

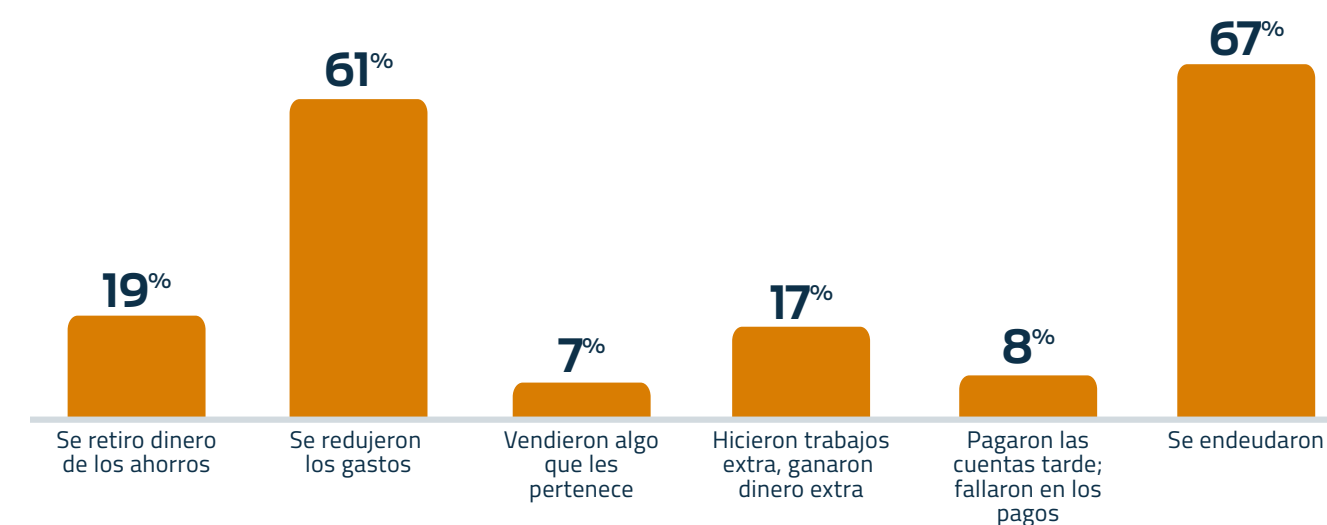
se puede ver nuevamente la baja capacidad de ahorros en la población, ya que mientras en el grupo de bajos ingresos solo un 6.7% utilizó sus ahorros, en el grupo de mayores ingresos este monto fue solo de 16.7%, si bien mayor pero no significativo. Esto muestra que, de manera general, los hogares en la República Dominicana tienen pocos instrumentos propios de seguridad financiera en caso de déficits imprevistos, emergencias o urgencias.

Gráficos 10. Resultados EGCF 2014

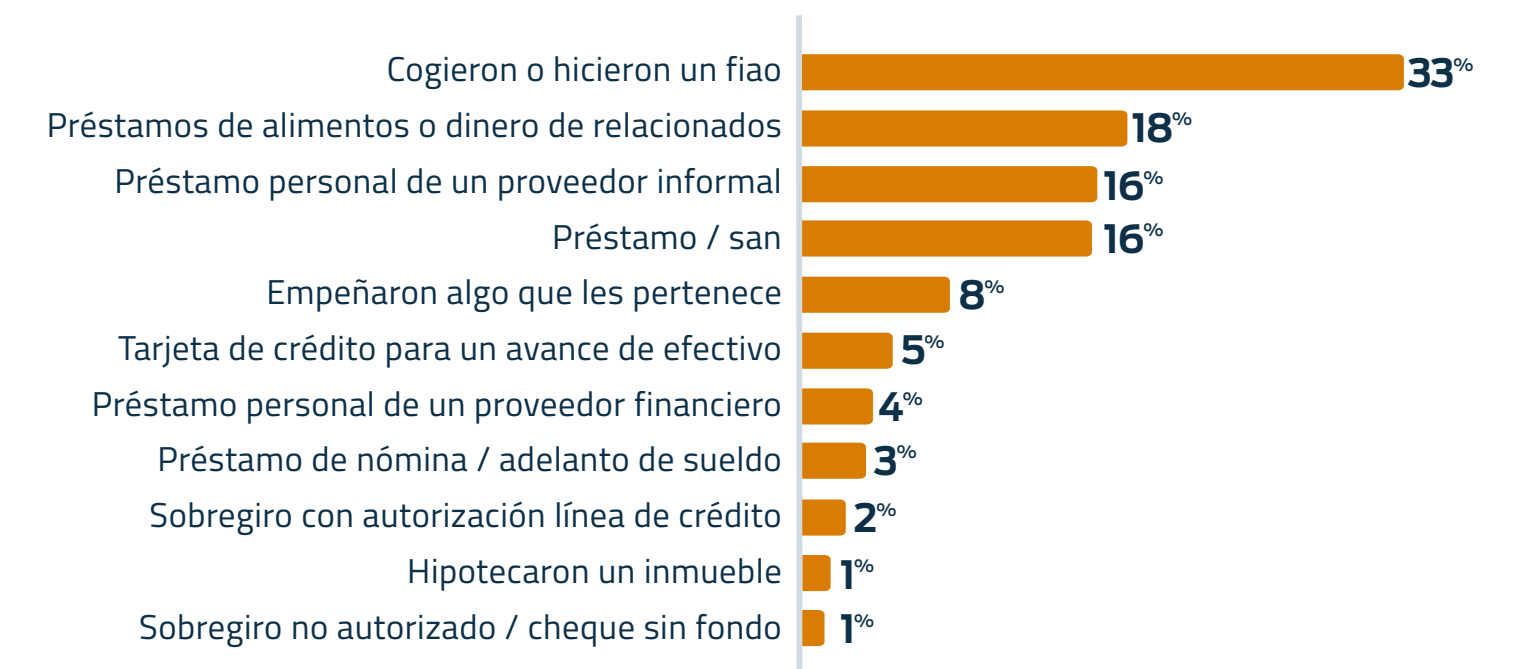
En los últimos 12 meses, ¿Ha pasado que los ingresos del hogar no cubren los gastos?



¿Qué se hizo en el hogar para lograr cubrir los costos de vida la última vez que sucedió? (%)



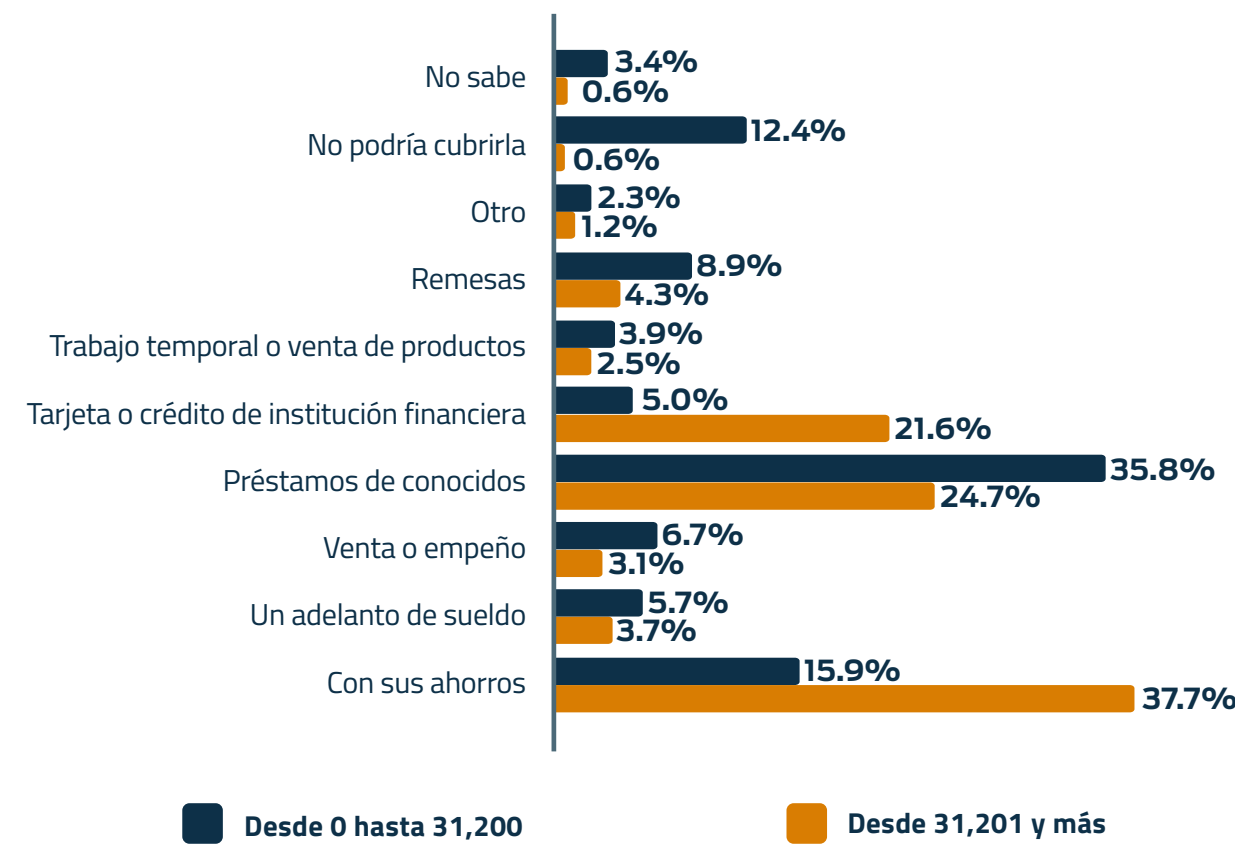
Detalle de cómo se endeudaron para cuadrar el mes (% del total encuestado)



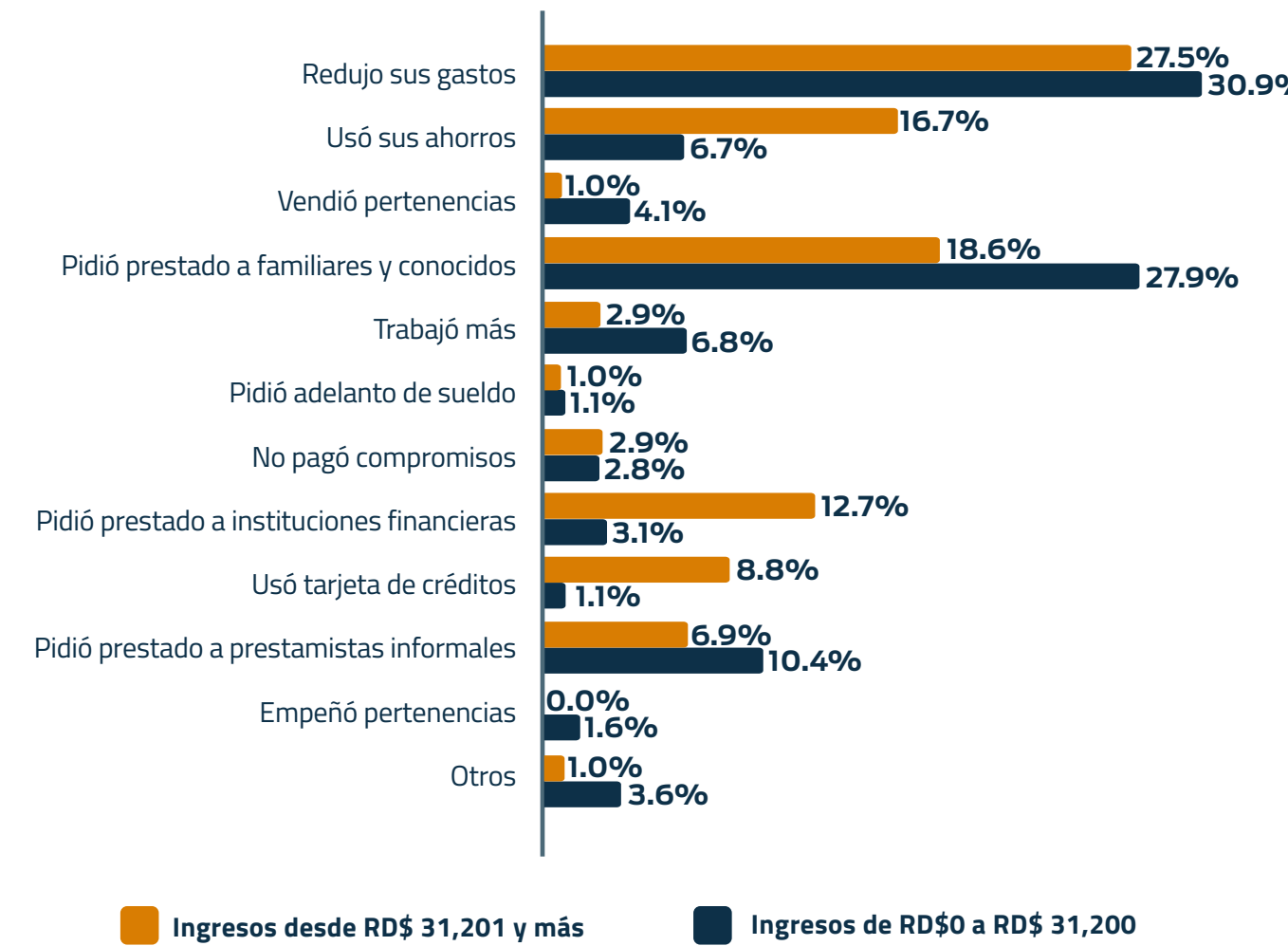
Fuente: EGCF 2014

Gráficos 11. Resultados ENIF 2019

Si tuviese una emergencia, usted primero la cubriría con:



La última vez que el ingreso no cubrió los gastos, usted primero



Algo particularmente inquietante es que el 75% de los encuestados que reciben pago por nómina en la ENIF indicaron que retiran de inmediato todo el saldo en su cuenta de nómina. Esto implica que medidas que busquen incrementar el colchón financiero personal deberán buscar cambiar este patrón de retiro rápido del dinero o trabajar alrededor del mismo.

CONSIDERACIONES SOBRE COVID-19

Ante la fragilidad que se presenta en cuanto al ingreso de las personas en la República Dominicana, la pandemia del COVID-19 presentaba un reto importante ante la salud financiera de las personas. De acuerdo con la ECEF, el 51% de los hogares de ingresos más bajos solo podría mantenerse a flote una semana en caso

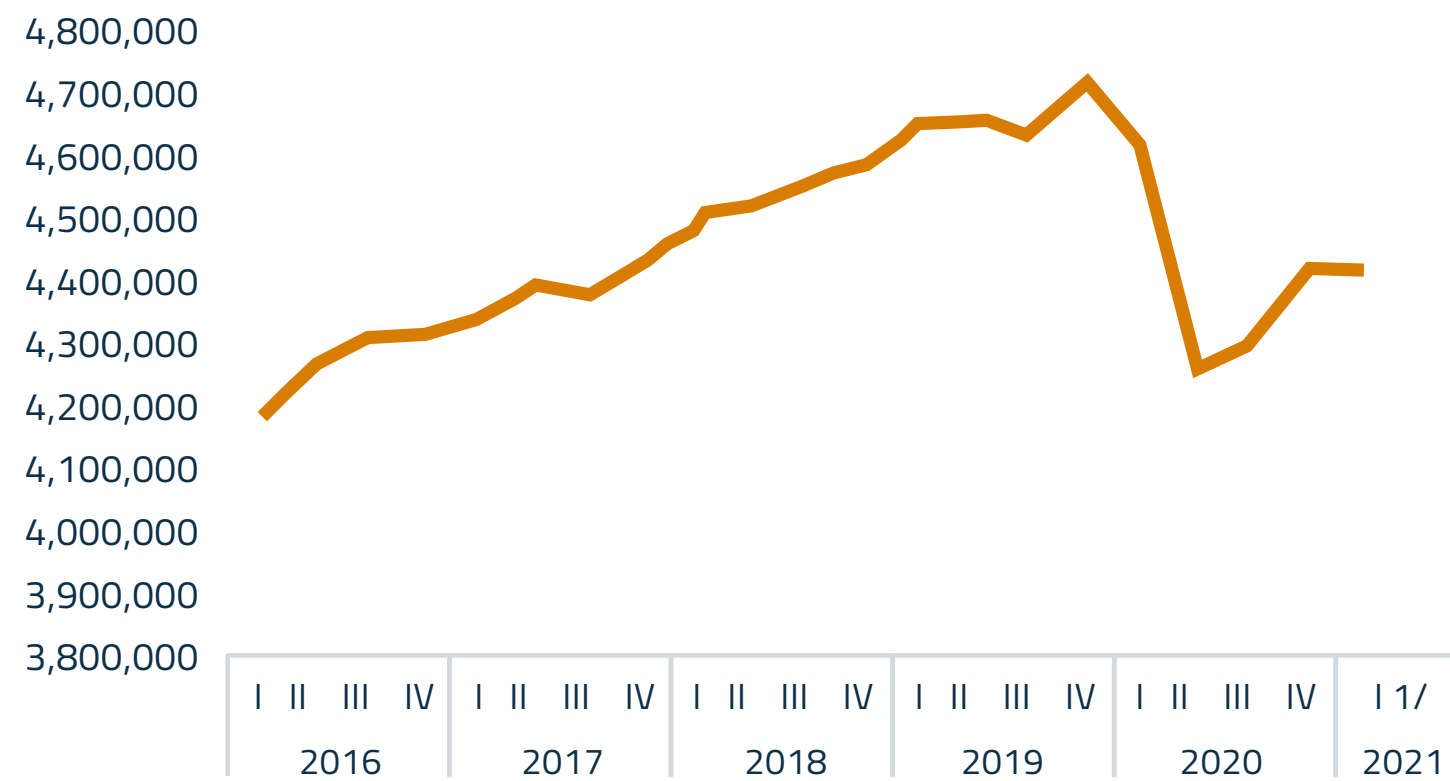
de perder una de sus principales fuentes de ingreso, y más de un 83% de los hogares de ingresos más bajos no hubiesen podido sostenerse por más de un mes.

Si tantos hogares tienen problemas para mantener un presupuesto relativamente balanceado durante la época de bonanza económica del país, ¿qué se puede esperar que trajera la pandemia en términos de desbalance de ingresos y gastos?

Lo primero que hay que resaltar es que hubo una pérdida importante de la empleomanía durante el inicio de la pandemia y que no ha podido recuperarse a su totalidad todavía. En el gráfico 12 se puede observar la caída del empleo que se da desde finales de 2019 al segundo trimestre de 2020, donde se perdieron unos 500 mil empleos, regresando el valor de ocupados en el país al de inicios de 2016.

Sin embargo, se puede resaltar también la gráfica 12 como hubo un rebote significativo de la empleomanía a partir del tercer trimestre de 2020, donde se recuperaron un 40% de los empleos perdidos durante la pandemia.

Gráficos 12. Número de ocupados en el mercado laboral dominicano



Fuente: Banco Central de la República Dominicana

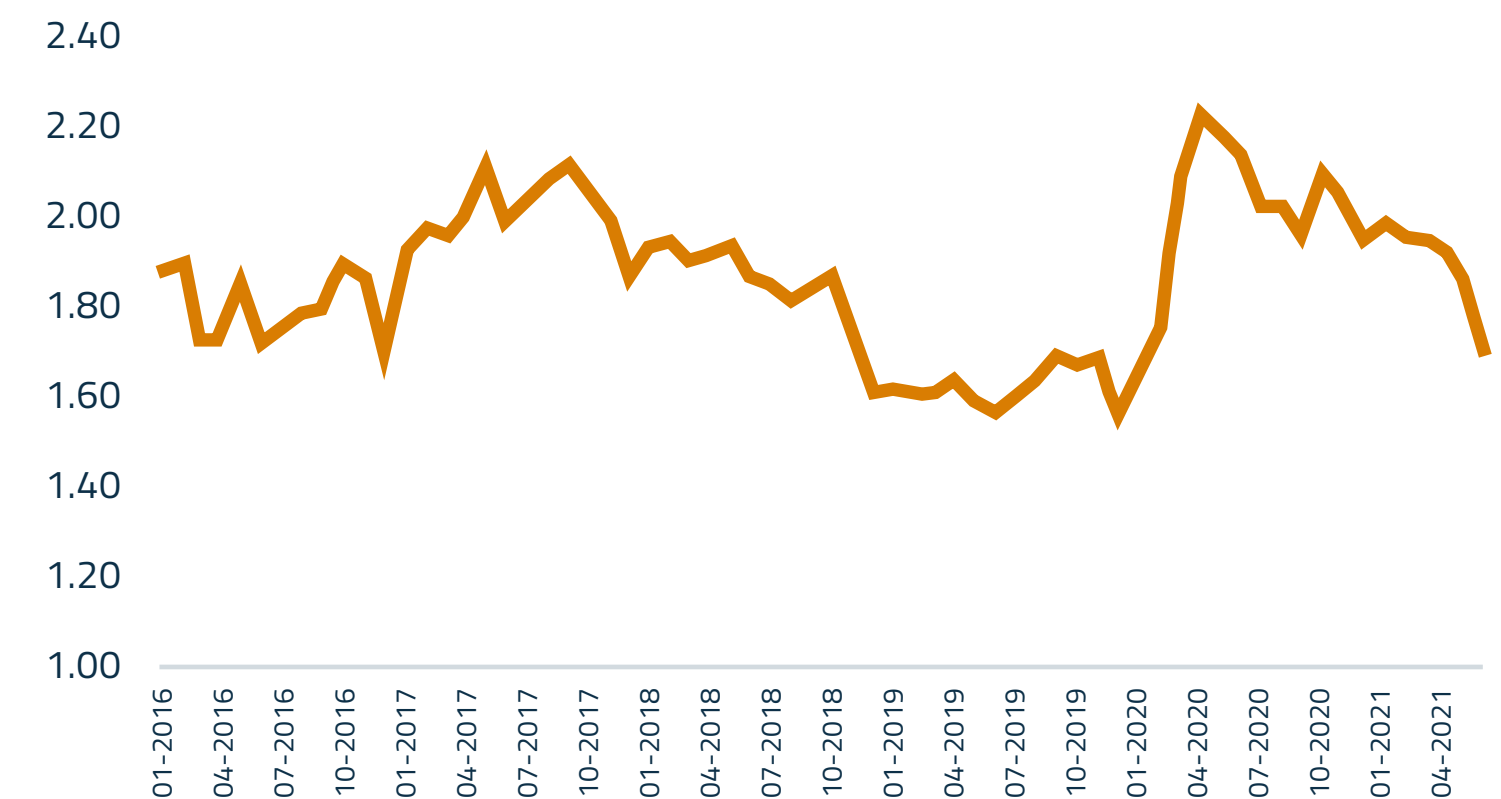
Si bien hubo cierto estancamiento hacia inicios de 2021, comentarios de funcionarios del Ministerio de Economía indican que la recuperación hacia el segundo trimestre del año ya andaría por un 80% de los empleos perdidos en pandemia. Adicionalmente, cuando vemos los datos del sector formal, provistos por la Tesorería de la Seguridad Social, estos indican que el repunte del empleo formal ya supera el 93% de los empleos perdidos durante la pandemia.

En parte explicado por esto, hasta la fecha existen indicadores relevantes que muestran que no ha habido un deterioro relevante de la deuda de los hogares, al menos en lo que respecta a la cartera de créditos con el sector formal. De hecho, como se puede observar en el gráfico 13, la cartera de créditos vencida como porcentaje del total de la cartera de crédito bruta sufrió un leve deterioro a inicios de la pandemia, aunque incrementando a un valor dentro del rango de los cuatro años previos, y ha ido recuperándose levemente hacia mediados de 2021, siguiendo parcialmente la recuperación económica y del empleo que viene sucediendo durante el año.

Otros posibles factores relevantes que pueden estar incidiendo en que el empeoramiento de la cartera de crédito sea transitorio y leve son el incremento significativo de la recepción de remesas tanto en 2020 como en 2021 que ha permitido a los hogares aliviar parte de la caída de sus ingresos, así como los programas sociales implementados en 2020 para paliar los efectos del encierro sobre el empleo como fueron el Quédate en Casa y el FASE. Sin embargo, un

factor que no se puede descartar es que si hubiese un deterioro en la cartera de créditos pudiese estarse reflejando no en el sistema financiero formal, sino en los mercados informales de préstamos, ya que parte de lo que decían los resultados de la Encuesta de Cultura Económica y Financiera es que un medio al que los dominicanos acuden para endeudamiento rápido es el mercado informal de prestamistas.

Gráficos 13. Cartera de créditos vencida (capital) como % del total de cartera de crédito Bruta, sistema financiero dominicano, enero 2016-junio 2021



Recomendaciones de políticas públicas para la República Dominicana

En base a la revisión de la literatura, así como a la revisión de las políticas públicas tomadas en nuestro país y en otros países recientemente, y complementándolo con el análisis de las entrevistas a hacedores de políticas del sector público, miembros del sector privado y expertos de salud mental, hemos resaltado algunos hallazgos relevantes y sus correspondientes recomendaciones de políticas.

A pesar de que existen muchas posibles áreas de intervención, tanto desde el ámbito público como privado, hemos identificado tres pilares claves desde los cuales la Superintendencia de Bancos puede actuar: Concientización, prevención y acompañamiento.

En lo referente al primer pilar, concientización, hemos identificado cuatro acciones importantes para ser impulsadas por la Superintendencia de Bancos:

1. *Campaña de “normalización” de los problemas de salud mental en medios de comunicación y redes sociales.*
2. *Visibilizar los canales de apoyo y líneas de acceso existentes (en acuerdo con entidades públicas y privadas) de ayuda para problemas de salud mental y personas con pensamientos suicidas.*
3. *Apoyo en la campaña de educación en temas de salud mental del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, con especial énfasis en la primera línea de acción (es decir, médicos, enfermeras, así como el resto del personal de salud, capacitándoles para reconocer síntomas de depresión y salud mental y conozcan protocolos a seguir para su manejo).*
4. *La celebración de una serie de webinars de sensibilización y difusión de conocimientos en temas de cuidado de salud mental y financiera.*

Por el lado de la prevención, cinco acciones importantes que la Superintendencia de Bancos pudiera tomar:

1. *Requisitos de capacitaciones en salud mental y/o financiera para personal interno a la Superintendencia de Bancos.*
2. *Habilitar psicólogos subsidiados para los empleados de la Superintendencia de Bancos.*
3. *Campaña conjunta de educación en temas de salud mental y financiera con bancos y otras entidades financieras.*
4. *Elaboración de una guía de mejores prácticas para manejo de usuarios afectados por dificultades de salud mental y financiera para las entidades bancarias.*
5. *Sistema de capacitación de personal bancario para áreas sociales que promueva la salud financiera de los clientes.*

Por último, en lo referente al acompañamiento, se sugieren dos acciones que la Superintendencia de Bancos puede tomar:

1. *Dada la capacidad normativa y regulatoria de la Superintendencia de Bancos, crear una mesa de trabajo conjunta para impactar positivamente al sector trabajando con entidades que tengan programas de atención al sobreendeudamiento, a la reinserción financiera y a la mejora del ahorro en grupos marginados.*
2. *Promover una regulación que ayude a dar un respiro a personas con problemas de pago o mentales (similar al “breathing space” y al “mental health breathing space” en Reino Unido).*

BIBLIOGRAFÍA

Banco Central de la República Dominicana. (2014). 1ra. Encuesta de Cultura Económica y Financiera de la República Dominicana, 2014. Banco Central de la República Dominicana. <https://cdn.bancentral.gov.do/documents/mig/otras-publicaciones/Encuesta20141119.pdf>

Banco Central de la República Dominicana (2018). "Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (ENGIH), 2018". Recuperado el 15 de febrero de 2021 desde https://cdn.bancentral.gov.do/documents/estadisticas/encuesta-de-gastos-e-ingresos/documents/ENGIH_2018.pdf?v=1613443508493

Banco Central de la República Dominicana (2021). "Estrategia Nacional de Inclusión Financiera de la República Dominicana". Mimeo.

BBVA. (2021). ¿Qué se entiende por salud financiera? Extraído desde <https://www.bbva.com/es/que-se-entien-de-por-salud-financiera/>

Case, A. and Deaton, A. (2020). Deaths of Despair and the Future of Capitalism. Princeton University Press.

Choi, L. (2009). Financial Stress and Its Physical Effects On Individuals and Communities. Community Development Investment Review, (3), 120-122. <https://www.frbsf.org/community-development/files/choi.pdf>

Corman, H., Noonan, K., Reichman, N., & Schultz, J. (2012). Effects of financial insecurity on social interactions. The Journal of Socioeconomics, 41(5), 574-583. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2012.05.006>

Cutler, D., Deaton, A., and Lleras-Muney, A. (2006). The determinants of mortality. Journal of Economic Perspectives, 20(3):97-120.

Dackehag, Margareta, et al. "Debt and mental health: new insights about the relationship and the importance of the measure of mental health." European journal of public health 29.3 (2019): 488-493.

De Gieuh, M. C.M., Suhrcke, M., Toffolutti, V., Van De Mheen, D., Schoenmakers, T. M., & Kunst, A. E. (2015). How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: A realist systematic review. <http://postprint.nivel.nl/PPpp6072.pdf>

[nl/PPpp6072.pdf](http://postprint.nivel.nl/PPpp6072.pdf)

De Mello Ferreira, V. R. (2011). CAN ECONOMIC PSYCHOLOGY AND BEHAVIOURAL ECONOMICS HELP IMPROVE FINANCIAL EDUCATION? In "Improving Financial Education Efficiency: OECD-Bank of Italy Symposium on Financial Literacy". OECD. https://www.oecd.org/daf/fin/financial-education/TrustFund2013_OECDImproving_Fin_Ed_effectiveness_through_Behavioural_Economics.pdf

Doerr, S., & Hofmann, B. (2020, diciembre). Recessions and mortality: a global perspective. BIS Working Papers, (910), 29. <https://www.bis.org/publ/work910.pdf>

Financial Consumer Agency of Canada. (2019, Septiembre 28). Financial stress and its impacts. <https://www.canada.ca/en/financial-consumer-agency/services/financial-wellness-work/stress-impacts.html>

Forbes, M. K., & Krueger, R. F. (2019, Julio 19). The Great Recession and Mental Health in the United States. Clinical Psychological Science, 7(5). DOI: 10.1177/2167702619859337

Ipsos. (2018, Julio 27). Money on the Mind – Four in Ten Canadians With Debt Say it is Negatively Impacting Their Mental Health. <https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/manulife-debt-poll-2018-07-27>

Kaiser Family Foundation (KFF). (2021, 02 10). “The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use”. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/>

Kopasker, D., Montagna, C., & Bender, K. (2018). Economic insecurity: A socioeconomic determinant of mental health. *SSM - Population Health*, 6, 184-194. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.09.006>

Luciano D, Nadal E, Brito S, Negrete M, Contreras I (2019). Análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana. Society for Family Health (SFH/PSI), Ministerio de Salud Pública y Servicio Nacional de Salud. Santo Domingo, República Dominicana.

Mercer. (2018, Octubre 8). FINANCIAL INSECURITY CONTRIBUTING TO POOR MENTAL HEALTH FOR UK WORKERS.

<https://www.uk.mercer.com/newsroom/bitc-financial-insecurity-contributing-to-poor-mental-health.html>

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. (2020). COVID-19 BAJO LA LUPA Efectos de la COVID-19 en la pobreza monetaria, la desigualdad y el mercado de trabajo. Análisis de los programas de mitigación. Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo. <https://mepyd.gob.do/wp-content/uploads/2020/11/COVID-19-efectos-sobre-la-pobrezala-desigualdad-el-empleo-y-ana%CC%81lisis-de-medidas-de-mitigacio%CC%81n-compressed.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2019). “Plan nacional de salud mental: República Dominicana 2019-2022”. <https://repositorio.msp.gob.do/handle/123456789/1660>

Money and mental health policy institute (2017). “Overstretched, overdrawn, underserved”. <http://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2017/05/MMHPIOverstretched-Overdrawn-Underserved.pdf>

Money and mental health policy institute (2018). “Recovery space”. <https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2018/02/Money-and-Mental-Health-Recovery-Space-Report.pdf>

Money and mental health policy institute (2018). “Vul-

nerability: the experience of debt advisers”. <https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2018/11/Vulnerability-the-experience-of-debt-advisers.pdf>

Money and mental health policy institute (2019). “A little help from my friends”. <https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2019/07/A-little-help-from-my-friends-report.pdf>

Money and mental health policy institute (2019). “Information is power”. <https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2019/11/Information-is-Power.pdf>

Money and mental health policy institute (2020). “Income in crisis”. https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2020/06/Income_in_Crisis.pdf

Money and mental health policy institute (2020). “Mind the income gap”. <https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2020/09/Mind-the-income-gap.pdf>

Money and mental health policy institute (2020). “Caught in the web”. <https://www.moneyandmentalhealth.org/wp-content/uploads/2020/12/Caught-in-the-web-full-report.pdf>

O'Connell, S. A. and Smith, C. (2016). Economic growth and child undernutrition. *The Lancet Global Health*, 4(12): e901 – e902.

OECD & The World Bank. (2020). Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. OECD. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/6089164f-en.f?expires=1613447800&id=id&accname=-guest&checksum=B28A84312AEEA9516948DE7E0E-14BA98>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Extraído desde <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Extraído desde https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Ovalles, A. (2018). OPS/OMS Rep. Dom. - República Dominicana reafirma nuevo paradigma de salud mental | OPS/OMS. https://www.paho.org/dor/index.php?option=com_content&view=article&id=2980:republica-dominicana-reafirma-nuevo-paradigma-de-salud-mental&Itemid=362

PNUD, OIM, UNICEF, ONUSID y UNFPA. (2020). RED ACTÚA: Segunda encuesta sobre el impacto socioeconómico de la COVID-19. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/3761/file/SEIA%20RED%20ACT%C3%9AA%20Impacto%20de%20la%20Covid-19%20en%20EDUCACI%C3%93N%20-%20publicaci%C3%B3n.pdf>

Rajani, N.B., Giannakopoulos, G., & Filippidis, F.T. (2016, Julio 31). Job insecurity, financial difficulties, and mental health in Europe. *Occupational Medicine*, 681-683. 10.1093/occmed/kqw111

Rohde, N., Ki Tang, K., Osberg, L., & Prasada Rao, D.S. (2017). The Effect of Economic Insecurity on Mental Health: Recent Evidence from Australian Panel Data. Griffith Business School. <https://research-repository.griffith.edu.au/bitstream/handle/10072/390436/2014-06-the-effect-of-economic-insecurity-on-mental-health.pdf>

SISALRIL. (2014). Normativa sobre los planes alternativos de salud (Vol. Capítulo 2). SISALRIL. http://www.arssensa3.gob.do/index/AutoGestionTransparencia/Archivos/BaseLegalInstitucional/BLI_Resoluciones/7XM9VGS4RS/

[ResolucionNo.002002014delaSILSARILdel25denoviembrede2014queapruebanuevanormativasobrelosplanesalternativosdesalud.pdf](#)

Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Jun;66(4):317-320. doi: 10.1177/0020764020915212. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32233719.

Wu T, Jia X, Shi H, Niu J, Yin X, Xie J, Wang X. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021 Feb 15; 281:91-98. doi: 10.1016/j.jad.2020.11.117. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33310451; PMCID: PMC7710473.

Zabai, A. (2020, Junio 15). How are household finances holding up against the Covid-19 shock? *BIS Bulletin*, (22), 6. <https://www.bis.org/publ/bisbull22.pdf>



Octubre 2021