



The Value of Mental Health

Fortalecer la resiliencia personal
a través de las personas, la productividad
y los sistemas de protección



Índice

Índice	2	Malasia: Un problema privado	67
Prefacio	3	Los Emiratos Árabes Unidos: Un firme compromiso nacional con el bienestar	79
Principales conclusiones	4	Reino Unido: Una transición interrumpida de la educación al empleo	93
Cómo leer este informe	6	Datos y Metodología	106
Información valiosa para las personas, la productividad y los sistemas de protección	9	Agradecimientos	147
Información por país	25		
Australia: Un sistema bajo presión a medida que aumenta la identificación temprana	26		
Chile: Una ventana de oportunidad crucial para la acción	41		
Alemania: Un sistema integral con una carga juvenil cada vez mayor	54		



Prefacio

El valor de la salud mental se percibe a diario, en la resiliencia que mantiene a las personas conectadas con el trabajo, la familia y la comunidad.

La salud mental moldea la vida cotidiana de maneras que a menudo pasan desapercibidas, hasta que un deterioro hace que su influencia sea imposible de ignorar. Afecta cómo se sienten las personas, cómo afrontan el cambio y la presión, y si se mantienen conectadas con el trabajo, la familia y la comunidad.

En todos los países analizados en este informe (**Australia, Chile, Alemania, Malasia, Emiratos Árabes Unidos y Reino Unido**), [la salud mental se ha incorporado firmemente a la agenda pública](#). La toma de conciencia ha aumentado y cada vez más personas buscan diagnóstico y apoyo. Esto representa un cambio importante. La detección temprana puede reducir el sufrimiento y ayudar a las personas y a las familias a sobrellevar el malestar antes de que la situación se agrave.

También revela un conjunto más amplio de realidades. A medida que las afecciones de salud mental emergen a gran escala, las necesidades que antes se gestionaban de manera informal llegan a los sistemas formales. Cuando la capacidad de atención no avanza al mismo ritmo, esta carga recae sobre los individuos, a través de la autogestión, los gastos directos y los cuidados informales. Mientras tanto, los empleadores se enfrentan a la presión de responder con mayor rapidez, mientras que los servicios deben hacer frente a difíciles concesiones para mantener una atención oportuna y de alta calidad para aquellos con necesidades más graves o complejas.

Esto pone de manifiesto un desafío común en todos los contextos nacionales: [cómo fortalecer la relación dinámica entre los sistemas de protección y apoyo y la resiliencia personal](#). Los contratiempos forman parte de la vida, pero cada vez desconectan más a las personas de sus rutinas diarias, su trabajo y su vida social. Los sistemas de apoyo, incluidos los servicios de salud mental que pueden proporcionar las compañías aseguradoras, deben seguir evolucionando hacia la prevención, la intervención temprana, la continuidad de la atención y la participación sostenida. Pero la resiliencia personal, la capacidad de adaptarse a la adversidad, recuperarse de los reveses y mantener la estabilidad financiera y social, también sigue siendo fundamental.

1 de cada 3

adultos en edad laboral en Australia (30 %) y en el Reino Unido (32 %) es propenso a tener un problema de salud mental para el año 2030.

Basándose en análisis originales realizados en un conjunto diverso de economías, El valor de la salud mental examina qué significan las afecciones de salud mental para las personas, la productividad y los sistemas de protección. Los países incluidos ilustran todo el espectro de desafíos y oportunidades: para los presupuestos públicos, para la capacidad de las personas de llevar una vida sana y productiva, para los empleadores que intentan retener a sus equipos de trabajo, para las familias que cuidan de los afectados y para los sistemas que ya están bajo presión.

En sistemas muy diferentes surge un patrón común: [los costos significativos no solo recaen sobre los gobiernos, sino también sobre los individuos, los grupos familiares y los empleadores](#), a través de pérdidas de bienestar y productividad que empujeñecen los presupuestos públicos.

Como primer informe de la serie de investigación *El valor de la salud y el bienestar* de Zurich, utilizamos estos costos cuantificados para mostrar el valor que se puede preservar mediante enfoques de salud mental que fomenten el bienestar, fortalezcan el rendimiento organizacional y mantengan sistemas de protección resilientes.



Alison Martin
CEO Life, Health & Bank Distribution

Principales conclusiones



Este informe reúne los datos, modelos y análisis de políticas más recientes para comprender la magnitud, los factores determinantes y las implicaciones de las afecciones de salud mental en seis mercados: Australia, Chile, Alemania, Malasia, Emiratos Árabes Unidos y Reino Unido.

Nos centramos en tres pilares: Las personas (el impacto humano), la productividad (las consecuencias económicas) y los sistemas de protección (las presiones del sistema y el panorama de políticas públicas), los cuales definen la prevención, la intervención temprana, el acceso al apoyo y la recuperación a largo plazo.

El objetivo es ofrecer una visión clara y basada en la evidencia sobre la situación de la salud mental en cada país, así como destacar oportunidades clave para la acción estratégica que permitan fortalecer el bienestar, la resiliencia y la inclusión en los próximos años.

- 1. Se debe tener precaución al realizar comparaciones entre países, en particular en lo que respecta al ausentismo laboral y a los cuidados informales, dadas las diferencias en las prácticas nacionales de presentación de informes y en los enfoques metodológicos.
- 2. Por trabajador en todos los países, excluyendo Australia, que es el promedio por trabajador con una condición de salud mental. Las variaciones en las licencias médicas registradas probablemente reflejan tanto los regímenes de notificación (por ejemplo, la autodeclaración frente a la certificación médica desde el primer día), como los incentivos y limitaciones del mercado laboral que determinan si el malestar se manifiesta como ausencia, licencia a largo plazo o abandono del trabajo.

Para 2030, en los seis países examinados, se proyecta que una persona promedio que vive con un problema de salud mental enfrentará...¹

Días de vida saludable perdidos por año



de 60 a 67 días

de vida saludable perdidos al año.

Brecha de empleo promedio



de 8 % a 29 %

de brecha de empleo en comparación con las personas sin afección de salud mental.

Número promedio de días de licencia médica



de 0,2 a 5,6 días

de licencia médica adicional por motivos de salud mental al año²

Gasto directo promedio



de 3 % a 43 %

de los costos del tratamiento cubiertos por gastos directos.

Horas de atención informal



de 35 a 1.275 horas

de cuidados informales recibidas al año.

● Australia ● Chile ● Alemania ● Malasia ● Emiratos Árabes Unidos ● Reino Unido

Las cinco facetas de la salud mental

En seis contextos nacionales muy diferentes, emerge un patrón consistente:

Una alta prevalencia indica visibilidad, no solo una crisis.

Las afecciones de salud mental están aumentando, especialmente entre los jóvenes. Si bien esto puede reflejar en parte un aumento real de los casos, una mayor prevalencia registrada también puede indicar una mejor detección y que los sistemas están descubriendo necesidades previamente no satisfechas.

La detección temprana y generalizada puede revelar trastornos ocultos y permitir que se detecten antes una gama más amplia de afecciones moderadas y leves.

Ver ➞ 1. Prevalencia

Los mayores gastos son los que se viven, no los que se presupuestan.

El mayor impacto de las afecciones de salud mental es la pérdida de una vida sana y funcional: la capacidad de pensar con claridad, participar y mantenerse conectado.

Esta carga personal supera con creces lo que se contempla en los presupuestos de sanidad, protección social y empleo, y las pérdidas de bienestar alcanzan hasta 49 veces el gasto formal.

Ver ➞ 2. Persona

La pérdida de participación es el principal desafío para la productividad.

Las enfermedades mentales son un factor clave en la pérdida de productividad, y se prevé que su impacto en el empleo alcance hasta el 5 % del Producto Interno Bruto (PIB) para 2030 en algunos países.

Las licencias médicas son visibles, pero solo representan una pequeña parte de las pérdidas económicas. El factor principal es el desapego a largo plazo: abandonar el trabajo, tener dificultades para regresar o no llegar a establecer ningún vínculo afectivo.

Ver ➞ 3. Productividad

Los costos privados e informales siguen siendo significativos.

Las personas, las familias y los empleadores soportan gran parte de la carga que suponen las afecciones de salud mental.

Los pagos directos de los pacientes, las pérdidas de los empleadores y el valor de los cuidados informales no remunerados a menudo superan el gasto público, lo que pone de manifiesto deficiencias que los sistemas formales por sí solos no pueden subsanar.

Ver ➞ 4. Sistemas de protección

A medida que las políticas se desplazan hacia las etapas iniciales, los empleadores se encuentran en la primera línea de la intervención temprana y la resiliencia.

Cada vez es más frecuente que los empleadores sean los primeros en reconocer y apoyar las necesidades de salud mental, a menudo antes de que las personas accedan a la atención formal.

Mediante ajustes tempranos y un apoyo coordinado, los lugares de trabajo pueden reforzar tanto los mecanismos del sistema como la resiliencia personal que mantiene a las personas conectadas y reduce el riesgo de inactividad a largo plazo.

Ver ➞ 5. De la toma de conciencia a la acción: dónde se encuentra la próxima oportunidad

En conjunto, estos hallazgos subrayan un imperativo común: los sistemas de protección sólidos deben ir de la mano de la resiliencia personal, la capacidad de adaptarse a la adversidad, recuperarse de los reveses y mantener la estabilidad social y financiera, para que las presiones cotidianas no se conviertan en un distanciamiento a largo plazo.

Cómo leer este informe



El informe *The Value of Mental Health* cuantifica la prevalencia actual y proyectada de las afecciones de salud mental y su impacto relacionado entre 2025 y 2030 en seis países: Australia, Chile, Alemania, Malasia, Emiratos Árabes Unidos y Reino Unido.

¿Qué entendemos por salud mental?

Las personas pueden experimentar deterioro de la salud mental sin cumplir con la definición clínica de un problema de salud mental.

En este informe, las afecciones de salud mental se definen clínicamente³ como trastornos mentales y del comportamiento recogidos en el estudio Global Burden of Disease (GBD).⁴ Estos incluyen:

- **Trastornos de ansiedad, depresión y del estado de ánimo:** trastornos de ansiedad (ansiedad), trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor (depresión) y distimia.
- **Trastornos alimentarios:** anorexia y bulimia nerviosa.
- **Trastornos del neurodesarrollo y de la conducta:** trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastornos del espectro autista (autismo), trastorno de conducta y discapacidad intelectual del desarrollo idiopática (DIDI).
- **Trastornos psicóticos:** esquizofrenia.
- **Otro:** se engloban otras afecciones de salud mental incluidas en el marco del GBD.

3. Alineado con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

4. Global Burden of Disease Collaborative Network. *Global Burden of Disease Study 2023* (GBD 2023). Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2025.

¿Qué entendemos por prevalencia proyectada?

La prevalencia se refiere tanto al número de individuos afectados como al número de casos diagnosticados.

Las personas pueden experimentar más de una afección de salud mental (comorbilidad), por lo tanto, las cifras incluyen más trastornos registrados que personas afectadas. Las estimaciones de prevalencia global (por población, edad y sexo) tienen en cuenta las comorbilidades.

Las cifras se basan en el [último metaanálisis del GBD de estudios por países](#), que abarca desde entrevistas clínicas estructuradas hasta fuentes de datos administrativos, publicado en 2025 con datos hasta 2023. Esto significa que la prevalencia registrada refleja las prácticas nacionales: puede que se sobreestime cuando los diagnósticos se realizan en atención primaria sin aplicar umbrales clínicos estrictos, y que se subestime cuando el diagnóstico está limitado por el estigma, las normas culturales o el acceso limitado a servicios especializados.

Las proyecciones se basan en las tendencias históricas de la prevalencia de la salud mental por problema y perfil de la población, combinadas con el crecimiento demográfico previsto para cada mercado. Si bien el período de la COVID-19 influyó en la prevalencia reciente, las proyecciones se basan en un período histórico de 10 años, lo que reduce el impacto de las crisis temporales.



¿Qué entendemos por impacto?

Los impactos se evalúan tanto a nivel individual como de mercado en tres dimensiones:

1. Personas (bienestar personal)

El impacto de vivir con afecciones de salud mental se mide en años de vida saludable perdidos, utilizando los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALY). Esto incluye la morbilidad (años vividos con discapacidad, [YLD]) y la mortalidad (años de vida perdidos [YLL]). Un DALY representa la pérdida del equivalente a un año de plena salud.

El GBD presupone una distribución constante de la gravedad de las afecciones en todos los países. Por lo tanto, las diferencias en los DALY y los YLD entre países reflejan la variación en la combinación de enfermedades y el perfil de edad.

En el estudio GBD, el suicidio se atribuye a la autolesión, más que a afecciones de salud mental. Hemos incluido las autolesiones en las estimaciones de morbilidad y mortalidad; sin embargo, no todas las personas que se autolesionan tienen una afección de salud mental diagnosticada. Esto significa que hemos detectado una parte de la población no diagnosticada que, de otro modo, no estaría incluida en los datos de prevalencia.

Los años de vida saludable perdidos se traducen en valores monetarios basados en una única estimación y en los tipos de cambio del mercado para garantizar la comparabilidad entre países, y pueden diferir de otras valoraciones del mercado. La valoración de los años de vida saludable, una estimación del valor que la sociedad otorga a un año de vida saludable, proporciona una forma basada en la evidencia de comparar el impacto en la salud mental con otras prioridades nacionales.

Cuando los datos lo permiten, se incluyen impactos financieros y sociales adicionales.

2. Productividad (impactos económicos)

Los efectos de las afecciones de salud mental en el empleo se miden a través de la reducción de la participación en la fuerza laboral y el ausentismo.

Cada país varía en cuanto a su método de medición, sus instituciones del mercado laboral y la calidad de los datos. Debido a las limitaciones de los datos, estas relaciones son asociativas, no causales. Por ejemplo, una brecha de empleo observada puede reflejar afecciones de salud mental que conducen al desempleo, lo que a su vez contribuye a afecciones de salud mental, o ambas cosas.

Las brechas de empleo son conservadoras: las estimaciones excluyen el desempleo informal, mientras que las personas empleadas tienen más probabilidades de recibir un diagnóstico debido al acceso a la atención médica.

El ausentismo se expresa como el promedio de días adicionales de licencia médica atribuibles a la salud mental por trabajador, excepto en Australia, donde representa el promedio de días adicionales de licencia médica atribuibles a la salud mental por trabajador con una condición de salud mental. Se calcula mediante cuatro métodos diferentes, cada uno con distintas limitaciones: sistemas de licencia médica certificados (Chile y Alemania); atribución autoinformada (Reino Unido); estimaciones basadas en modelos de la OCDE (Emiratos Árabes Unidos y Malasia); y un enfoque basado en microdatos (Australia).

Las estimaciones de brechas de empleo y de días de licencia médica se mantienen constantes durante el período de proyección. El presentismo no se evalúa debido a la falta de datos, por lo que estas cifras son estimaciones conservadoras de los impactos generales relacionados con el empleo.

3. Sistemas de protección (públicos y privados)

Los gastos relacionados con el apoyo a las personas que viven con afecciones de salud mental incluyen los gastos en atención médica pública y privada, así como las prestaciones por discapacidad y protección social. Un mayor gasto en esta categoría puede reflejar sistemas más accesibles o completos, en lugar de peores resultados.

También se calcula el valor de los cuidados informales (no remunerados) en cada mercado.

Fuentes de datos y limitaciones

El análisis se basa principalmente en datos disponibles públicamente para garantizar la transparencia y la replicabilidad. Los parámetros se obtienen de conjuntos de datos internacionales y de literatura revisada por pares, cuando están disponibles.

Cuando no se dispone de datos comparables de manera sistemática en todos los países, las estimaciones se elaboran utilizando un conjunto de microdatos australiano para facilitar la comparabilidad entre mercados. Los datos de siniestros y suscripción de Zurich se han analizado selectivamente para someter a pruebas de resistencia las estimaciones donde existen brechas de datos significativas.

Los resultados deben interpretarse con cautela, especialmente entre países, dadas las diferencias en la calidad de los datos, las suposiciones, la metodología y las prácticas nacionales de presentación de informes.

Consulte la sección [↔ Datos y Metodología](#) para una descripción completa de las fuentes de datos, suposiciones y cálculos.



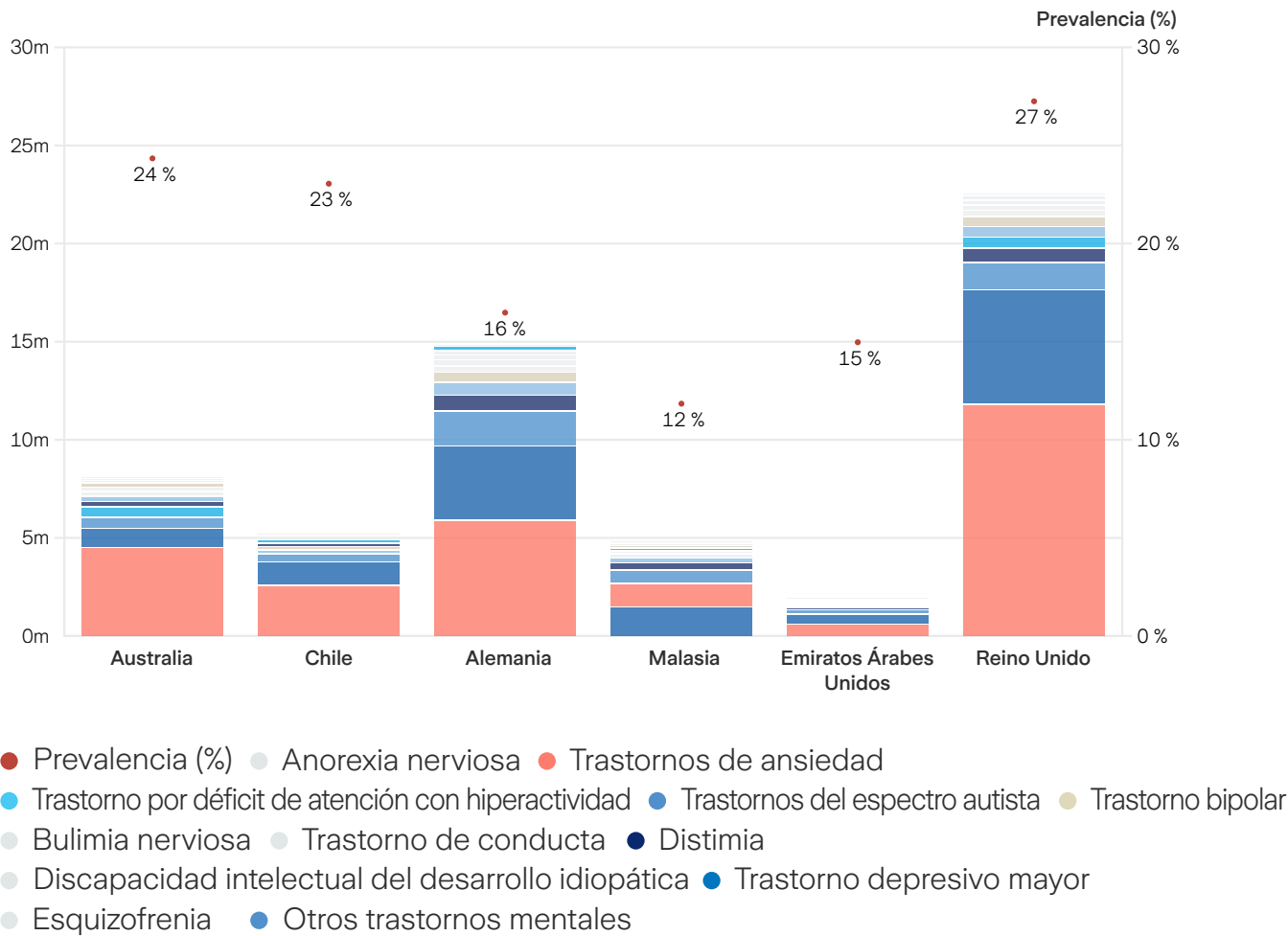
Información valiosa para las personas, la productividad y los sistemas de protección

1. **Prevalencia:** la ansiedad como indicador de conciencia
2. **Personas:** pérdidas de bienestar de hasta 49 veces el gasto en sistemas de protección
3. **Productividad:** pérdidas de hasta el 5 % del PIB para 2030
4. **Sistemas de protección:** cuando las brechas se amplían, las cargas privadas aumentan
5. **De la toma de conciencia a la acción:** dónde se encuentra la próxima oportunidad

1. Prevalencia: la ansiedad como indicador de conciencia

Prevalencia de afecciones de salud mental (2030)

Número proyectado de afecciones de salud mental (m) y tasa de prevalencia total (%) por país



Fuentes primarias: [IHME \(2025\)](#), [Banco Mundial \(2025\)](#).

Las personas pueden experimentar más de un problema de salud mental (comorbilidad), por lo tanto, hay más afecciones registradas que personas afectadas. Las estimaciones de prevalencia tienen en cuenta las comorbilidades.

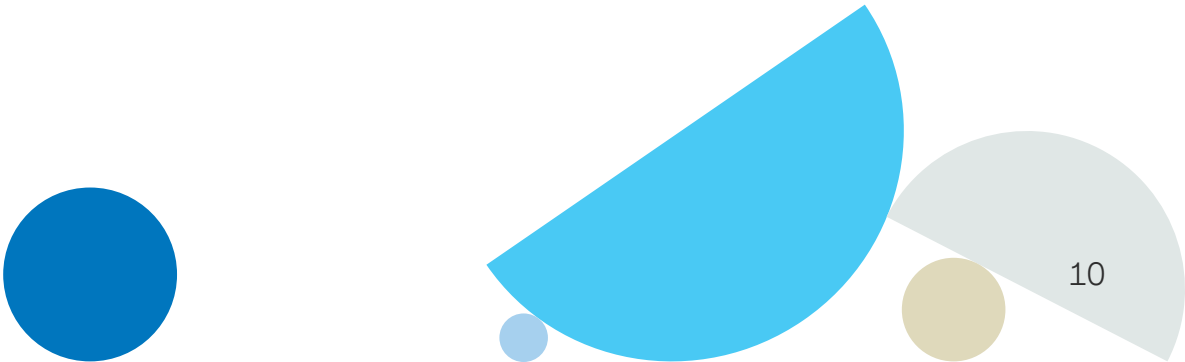
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Las afecciones de salud mental afectan a una gran y creciente proporción de la población en los seis países, con una prevalencia registrada que varía ampliamente (se proyecta entre el 12 y el 27 % para 2030).

Sin embargo, la prevalencia debe interpretarse con cautela; las cifras elevadas también pueden reflejar una amplia toma de conciencia y apoyo. Por otro lado, las cifras bajas pueden indicar una gran resiliencia social y personal, o bien una carga oculta de enfermedades mentales que recae sobre las redes familiares.

Si bien los datos no permiten distinguir entre los aumentos genuinos de las afecciones de salud mental y el descubrimiento de necesidades previamente insatisfechas (es probable que la prevalencia observada sea una combinación de ambos), los patrones observados en los distintos mercados sugieren que las variaciones en la prevalencia están fuertemente influenciadas por la toma de conciencia, el acceso y los umbrales para el reconocimiento formal.

En particular, la prevalencia de los trastornos de ansiedad se perfila como un indicador útil de la precocidad y la amplitud con que se identifican las necesidades de atención de salud mental. En todos los mercados, una mayor prevalencia registrada se asocia sistemáticamente con una mayor proporción de trastornos de ansiedad, lo que indica la existencia de sistemas que abarcan un amplio espectro de malestar, incluidos síntomas más leves, episódicos o situacionales que, de otro modo, podrían ser gestionados de manera informal o por particulares. Por el contrario, cuando los trastornos de ansiedad representan una proporción menor de los casos registrados, el diagnóstico formal tiende a producirse de forma selectiva o tardía, una vez que los síntomas son más incapacitantes.



Del estigma al acceso al sistema

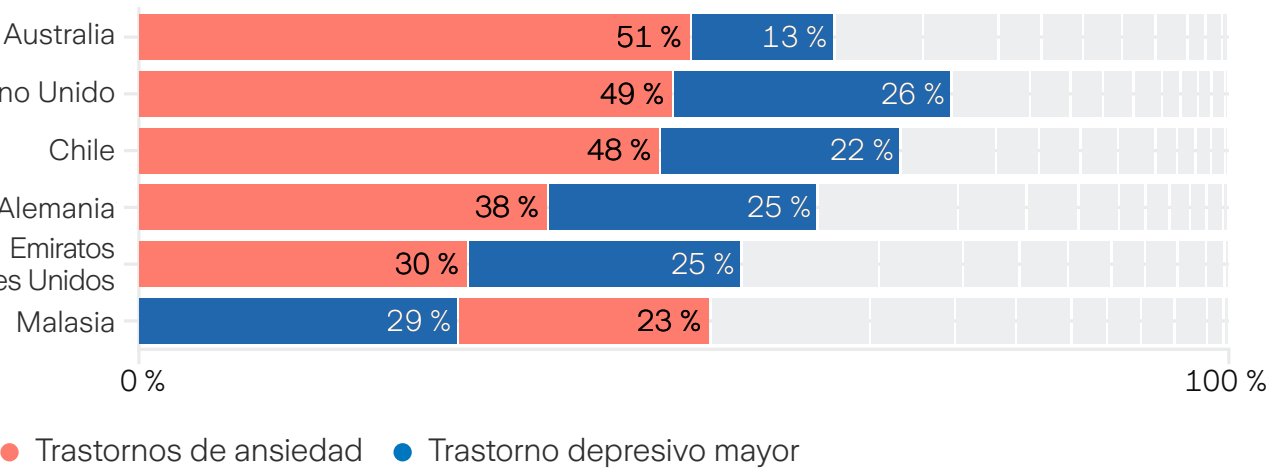
Los Emiratos Árabes Unidos y Malasia registran la prevalencia oficial más baja (estimada en un 14 % y un 11 % de la población en 2026, respectivamente).

Los esfuerzos continuos están fomentando una mayor apertura en torno a la salud mental, lo que permite que más personas busquen apoyo tanto dentro de sus comunidades como a través de canales profesionales. Sin embargo, los umbrales para el diagnóstico formal siguen siendo altos, y una parte importante de las enfermedades mentales todavía se gestiona de forma privada, a través del apoyo familiar y las redes comunitarias.

Por ejemplo, en Malasia en particular, el trastorno depresivo mayor, una afección más incapacitante que la ansiedad, representa la mayor parte de la carga registrada (estimada en un 29 % frente a un 23 % en 2026). La presencia comparativamente menor de ansiedad sugiere que el malestar inicial o leve permanece sin ser detectado, incluso a medida que aumenta la conciencia.

Afecciones de mayor prevalencia (2026)

Proporción proyectada de afecciones de salud mental totales (%) por país



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Ambos mercados parecen estar en transición, aunque en diferentes etapas. El menor crecimiento de la prevalencia en los Emiratos Árabes Unidos (2,2 % anual) podría reflejar el éxito continuo de las políticas de bienestar sostenido para detectar afecciones de salud mental, mientras que el crecimiento más rápido en Malasia (2,8 % anual) apunta a una toma de conciencia cada vez mayor que está empezando a derivar el sufrimiento informal a la atención formal.

Estas dinámicas determinan los impactos posteriores. Las mayores dificultades para la identificación implican que la ayuda solo se puede buscar cuando la resiliencia ya se ha visto mermada, lo que reduce el margen de tiempo para recibir apoyo preventivo o estabilizador.

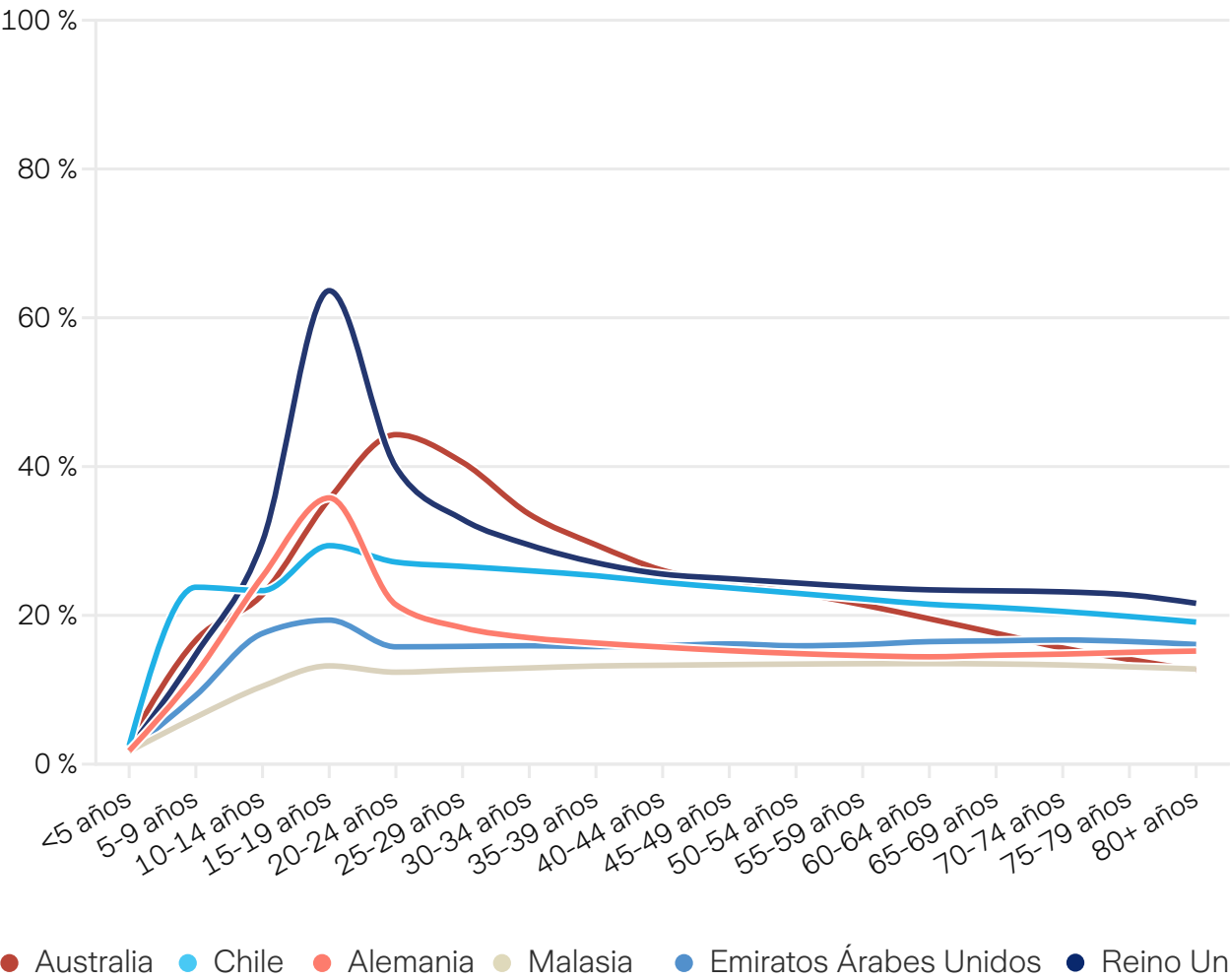
Desde la identificación temprana hasta la desvinculación temprana

En cambio, Australia y el Reino Unido muestran la mayor prevalencia de afecciones de salud mental en este estudio (entre el 23 % y el 24 % en 2026), junto con algunas de las tasas de crecimiento más rápidas (2,5 % y 3,6 % anual). La prevalencia alcanza su punto máximo entre los grupos de edad más jóvenes (de 15 a 19 años en el Reino Unido y de 20 a 24 años en Australia), y los trastornos de ansiedad dominan el perfil de prevalencia: se estima que la cifra oscilará entre el 49 % y el 51 % en 2026, aumentando hasta el 56 % de los casos en 2030, si las tendencias actuales continúan sin control. Estos patrones indican menores barreras para el reconocimiento y un acceso más temprano a la atención formal. La atención primaria, los sistemas educativos y los lugares de trabajo actúan como puntos de contacto comunes, lo que permite visibilizar un espectro más amplio de enfermedades mentales, incluyendo casos de menor gravedad y malestar episódico que podrían permanecer informales en otros ámbitos.

1 de cada 3

adultos en edad laboral en Australia (30 %) y en el Reino Unido (32 %) es propenso a tener una afección de salud mental para 2030.

Prevalencia de afecciones de salud mental por edad (2030)
Tasas de prevalencia proyectadas de afecciones de salud mental por grupo de edad (%), por país



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

5. Más de 60 días de vida saludable perdidos.

Como resultado, la prevalencia registrada se ve incrementada no solo por una mayor demanda, sino también por una amplia visibilidad y una participación temprana. Esto se observa con mayor claridad en la población en edad laboral. Un porcentaje cada vez más alto de adultos en ambos países interactúa con los sistemas de salud mental durante los períodos de entrada al mercado laboral, formación de habilidades y progresión profesional, lo que aumenta la importancia de las vías que reduzcan las barreras iniciales de entrada y permitan la recuperación sin una desvinculación prolongada del trabajo.

Chile presenta características similares: prevalencia relativamente alta (21 % en 2026), con un fuerte crecimiento (2,5 % anual) y dominada por casos de ansiedad (48 %). La prevalencia también es mayor entre los grupos de edad más jóvenes, pero no presenta el mismo pico pronunciado previsto en Australia y el Reino Unido.

¿Hacia un rumbo intermedio?

Si bien los datos no permiten extraer conclusiones firmes sobre la gravedad, los hallazgos en Alemania apuntan a un modelo más equilibrado de alta visibilidad e identificación temprana, sin una inflación generalizada de la prevalencia.

La prevalencia registrada en Alemania se sitúa en el rango medio de los países examinados, en torno al 16 % de la población en 2026, con un crecimiento lento de alrededor del 1,2 % anual, del cual los trastornos de ansiedad representan el 38 % de los casos y las afecciones con mayor deterioro⁵ representan una proporción similar (38 %). Esto sitúa a Alemania entre mercados de menor visibilidad como Malasia y los Emiratos Árabes Unidos, donde predominan las afecciones con mayor grado de discapacidad (del 41 % al 43 %), y mercados de mayor visibilidad como Australia y el Reino Unido, donde el malestar relacionado con la ansiedad representa una proporción mayor.

Estos patrones sugieren un sistema que capta las necesidades persistentes o incapacitantes, mientras que el malestar más leve o situacional a menudo se sigue gestionando fuera de la atención formal. La mayor prevalencia entre los adolescentes, que alcanzará un máximo del 36 % en jóvenes de 15 a 19 años en 2030, también apunta a una participación temprana, aunque esto no se ha traducido en un rápido crecimiento de la prevalencia general. Si bien estas tasas también podrían indicar una creciente necesidad, el perfil de la juventud alemana apunta a una derivación más temprana de la necesidad a través de la atención primaria, dentro de un sistema que mantiene umbrales selectivos para el diagnóstico formal.

La experiencia de Alemania puede demostrar que una participación más temprana y amplia puede coexistir con una prevalencia estable cuando la capacidad, los umbrales y las vías de atención están alineadas para apoyar tanto las necesidades de mayor impacto como la resiliencia personal, la capacidad de adaptarse a la adversidad, recuperarse de los contratiempos y mantener la estabilidad financiera y social.



Aspecto destacado

Bienestar mental de los jóvenes

Una mayor prevalencia entre los jóvenes puede reflejar tanto un aumento en la toma de conciencia como un aumento de las enfermedades mentales. Es probable que factores de riesgo como la exposición a las redes sociales, la presión académica, la incertidumbre económica y el estrés de las grandes transiciones vitales influyan, pero lo que está claro es que la toma de conciencia y la necesidad están aumentando rápidamente, posiblemente superando la capacidad de los sistemas de apoyo.

Una respuesta común en todos los países es fortalecer la prevención y la promoción tempranas y comunitarias mediante la creación de puntos de entrada confiables y de fácil acceso, llegando a los jóvenes antes de que los síntomas se agraven y desarrollando la alfabetización emocional, las habilidades de afrontamiento y el apoyo social que sustentan la resiliencia.

Este es el eje central del trabajo de la Fundación Z Zurich en [materia de bienestar mental juvenil](#), que opera en 29 países a través de 31 iniciativas de expansión. Programas como *Tackle Your Feelings* en Australia e Irlanda utilizan clubes deportivos y entornos educativos como escenarios familiares para iniciar conversaciones sobre el estrés y normalizar la búsqueda de ayuda. Por ejemplo, los modelos escolares de España y Portugal integran las habilidades de regulación emocional y la reducción del estigma en los planes de estudio cotidianos. En Hong Kong, Turquía y Polonia, los programas digitales están ampliando su impacto al ofrecer campañas de prevención o espacios moderados entre pares para personas con menos probabilidades o capacidad de buscar ayuda presencial.

Estos ejemplos demuestran cómo la visibilidad temprana puede traducirse en estabilidad temprana, cuando la prevención y la promoción se integran en los entornos donde los jóvenes ya pasan su tiempo, mucho antes de que se produzca una crisis o la desvinculación.

2. Personas: pérdidas de bienestar de hasta 49 veces el gasto en sistemas de protección

El impacto de la salud mental a nivel individual refleja algo profundamente humano: los años de vida saludable perdidos a causa de una enfermedad o una muerte prematura. Estas pérdidas reflejan los días en que las personas no pueden funcionar a su capacidad habitual, los años dedicados a controlar síntomas persistentes y los momentos en que las afecciones de salud mental interrumpen el trabajo, el aprendizaje, las relaciones y la vida cotidiana.

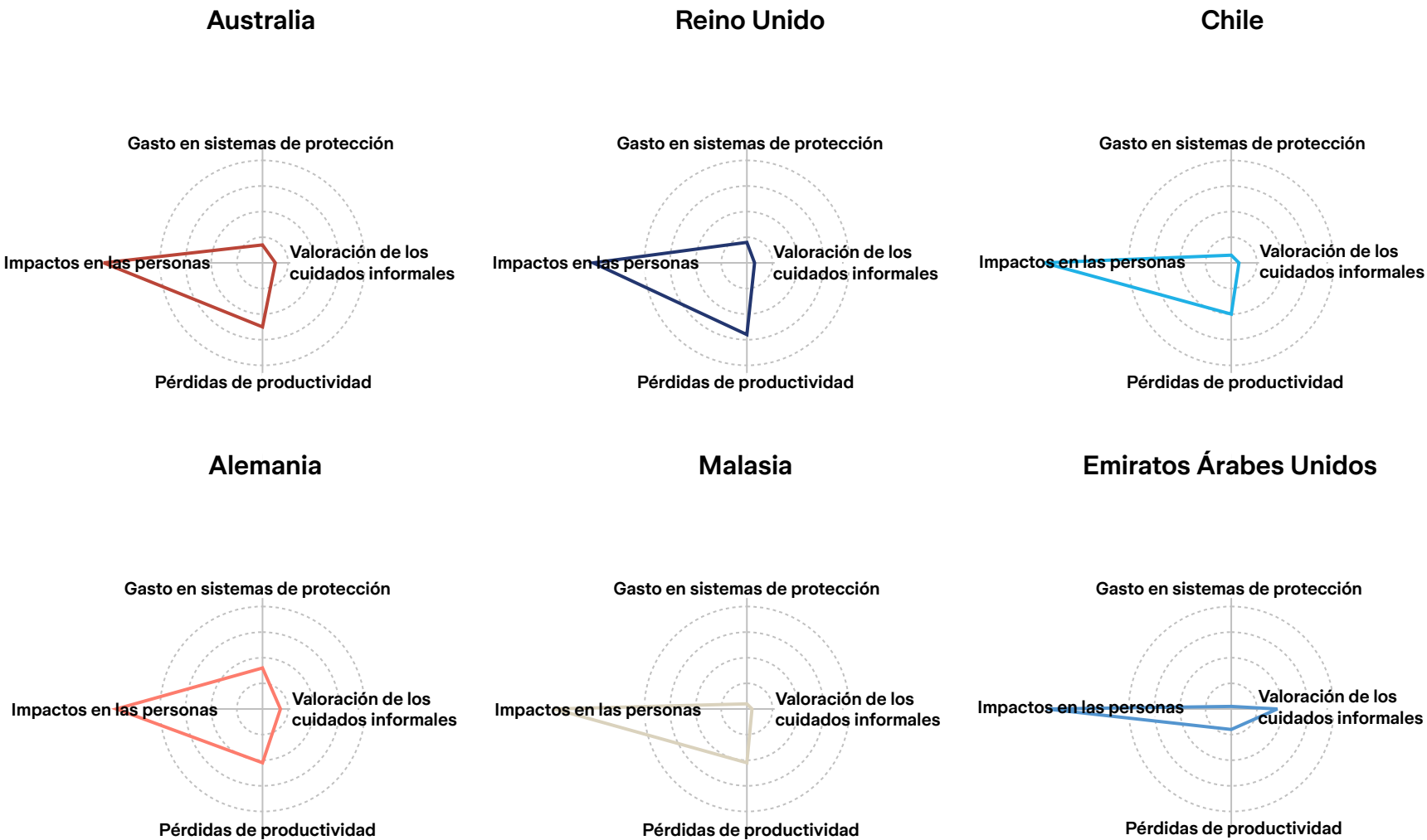
En los seis países examinados, se prevé que las afecciones de salud mental en 2026 resulten en lo siguiente:

- Se pierden entre 60 y 67 días de vida saludable por persona con una afección de salud mental al año.⁶
- A nivel de mercado, esto equivale a entre 0,3 y 2,9 millones de años de vida saludable perdidos en cada país, lo que representa entre el 7 y el 14 % de las pérdidas totales de bienestar, una cifra cercana a la carga que suponen todos los cánceres (entre el 6 y el 19 %) en la mayoría de los países.⁷
- Convertidas a términos monetarios, estas cifras representan un costo total para el bienestar de USD 1 billón, que oscila entre USD 24 mil millones y USD 403 mil millones anuales por mercado, superando con creces el gasto formal.

6. Esta no es una medida de cuántas horas una condición está presente, sino de cuántos días de vida plena y saludable pierden las personas, en promedio, debido a problemas de salud mental, basándose en el impacto total de los síntomas, el deterioro y la mortalidad prematura, expresados como un único número. El grado de discapacidad funcional varía ampliamente tanto dentro de una misma afección como entre diferentes afecciones, esta puntuación se basa en el nivel típico de discapacidad.

7. Basado en AVAD comparativos en 2023.

Impacto previsto de las afecciones de salud mental en las personas, la productividad y los sistemas de protección (2026)
Valores monetarios como proporción del total por país



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Dos meses de vida saludable perdidos por año

En todos los países, más del 85 % del impacto total en el bienestar se debe a la morbilidad, no a la mortalidad. Esto refleja la realidad de las personas que viven día a día con problemas de concentración, energía, regulación emocional y funcionamiento social.

Los países afrontan esta carga a través de dos desafíos distintos pero paralelos:

- **Afecciones de mayor prevalencia:** en estos mercados, muchas personas experimentan un deterioro más moderado pero generalizado. Los trastornos de ansiedad suelen asociarse con un menor grado de discapacidad promedio por persona (entre 42 y 43 días vividos con discapacidad al año), pero su contribución general a la pérdida de bienestar varía ampliamente entre países, dependiendo de la amplitud con la que se reconozca y registre el malestar: entre el 18 y el 45 % del total de años vividos con discapacidad (YLD).
- **Condiciones de mayor gravedad:** en los mercados con menor prevalencia, una mayor proporción de las pérdidas de bienestar se atribuyen a afecciones que presentan un mayor deterioro promedio por caso.

Por ejemplo, la esquizofrenia, si bien afecta a menos del 1 % de la población, genera un impacto desproporcionado en el bienestar (entre el 5 y el 13 % del total de años vividos con discapacidad) debido a su naturaleza crónica y altamente incapacitante (entre 226 y 236 días vividos con discapacidad al año).

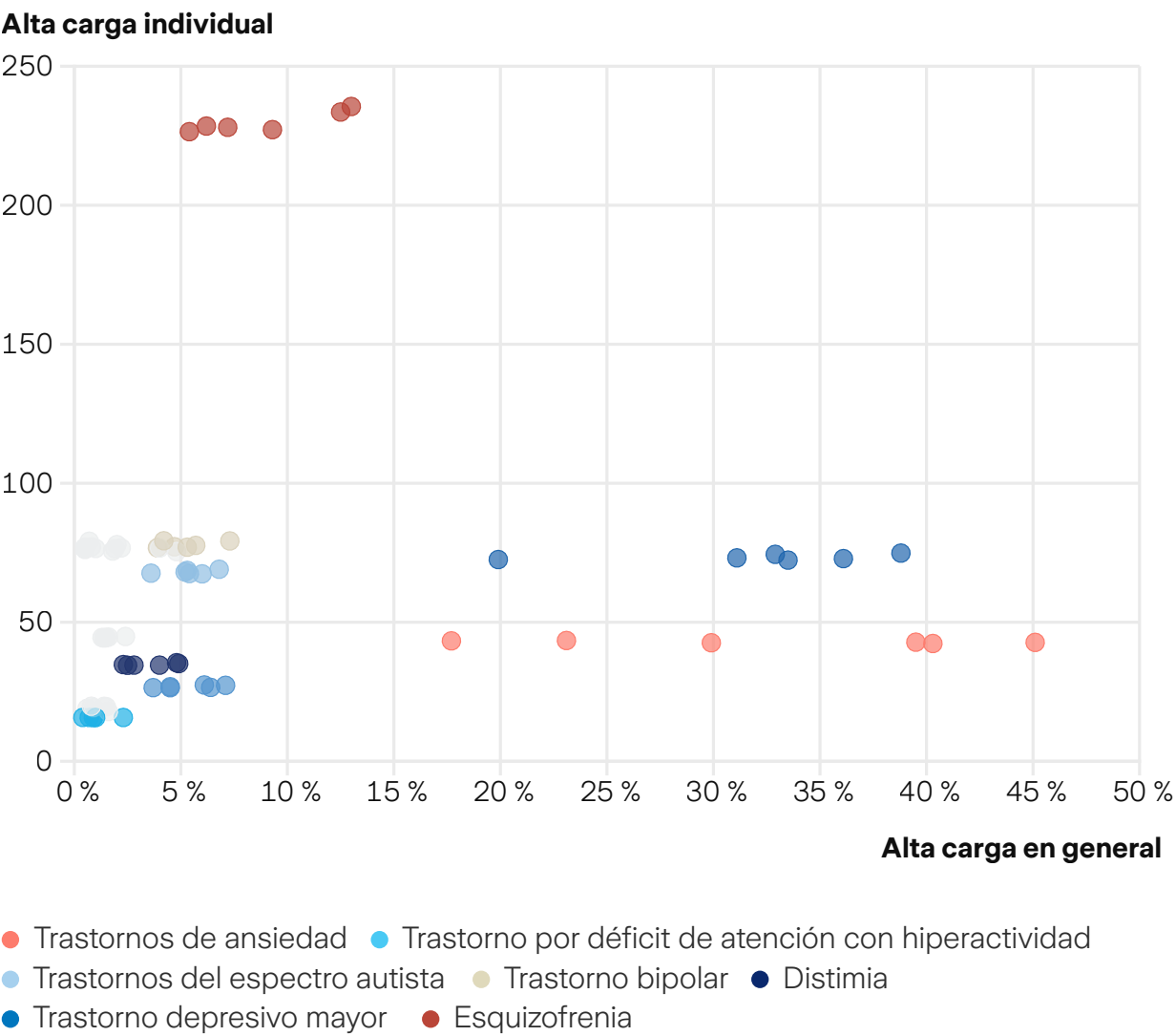
El autismo representa la mayor parte del impacto (entre el 4 y el 7 %) entre las afecciones del neurodesarrollo, a pesar de tener una tasa de prevalencia menor en comparación con el TDAH en la mayoría de los mercados. Esto refleja la medida comparativa en que las condiciones vividas en la primera infancia influyen en el bienestar a lo largo de la vida (entre 67 y 69 días vividos con discapacidad al año, en comparación con 16 días para el TDAH).

Estos patrones demuestran que perfiles de prevalencia muy diferentes pueden producir pérdidas de bienestar igualmente grandes, dependiendo de si la carga se acumula a través de la escala, las condiciones de alto deterioro o una combinación de ambas.

Sin embargo, la prominencia de la pérdida de bienestar derivada de la morbilidad también aclara dónde se encuentran los mayores beneficios: reduciendo la duración, la recurrencia y el deterioro acumulativo.

Impacto de las afecciones de salud mental en la morbilidad (2026)

Estimación de la discapacidad individual (días vividos con una discapacidad) y proporción de la carga total de enfermedad (% del total de YLD), por afección y por país.



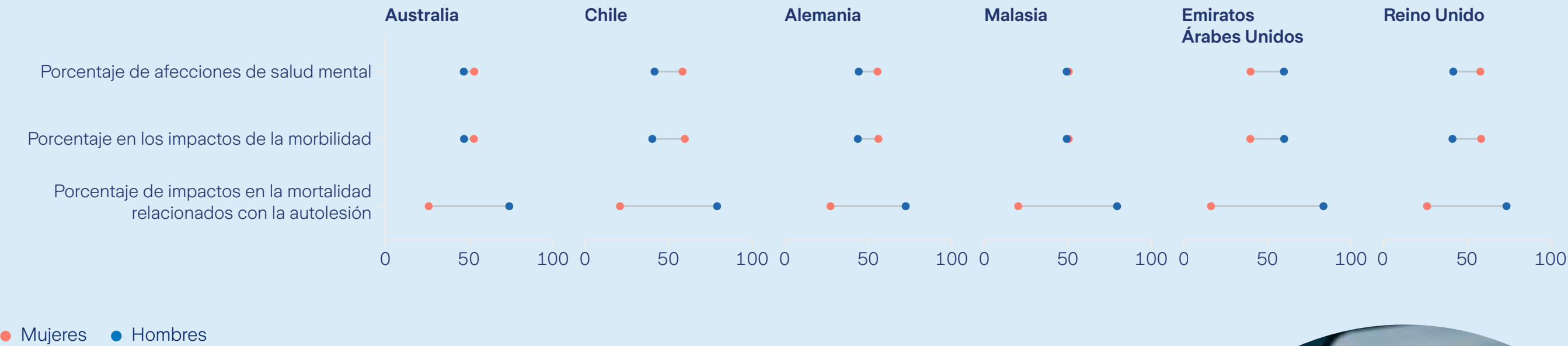
Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).

Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Brechas de género

Impactos proyectados de las afecciones de salud mental en el bienestar según el género (2026)

% del total de casos, YLD y YLL, por género



Fuentes primarias: [IHME \(2025\)](#), [Banco Mundial \(2025\)](#).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

En los seis países, los patrones son consistentes. Las afecciones de salud mental son más comunes y aumentan con mayor rapidez entre las mujeres.

Con la excepción de los Emiratos Árabes Unidos, esto se traduce en que las mujeres soportan una mayor proporción de afecciones de salud mental, así como una mayor carga de morbilidad. Sin embargo, los hombres son más vulnerables al suicidio cuando el sufrimiento no se aborda.



Desventaja persistente

El costo personal de las enfermedades mentales no se limita a los síntomas o a los episodios de atención médica. Los indicadores de bienestar específicos de Australia muestran que, además de una menor calidad de vida, las personas con afecciones de salud mental experimentan:



Mayor estrés financiero, que refleja tanto una menor capacidad para trabajar como una mayor exposición a costos inesperados.



Menor resiliencia financiera.



Menor satisfacción general con la vida, con diferencias de alrededor de 10 a 11 puntos porcentuales, y es menos probable que se sientan seguros o parte de su comunidad local.

Un mayor bienestar y una mayor seguridad financiera son la base de la resiliencia, mientras que la vulnerabilidad financiera y la disminución del bienestar la erosionan con el tiempo, lo que reduce la capacidad de las personas para absorber impactos, adaptarse al cambio y recuperarse rápidamente de las interrupciones.

Y dado que las afecciones de salud mental están muy extendidas, estos efectos individuales se acumulan en toda la población y se entrecruzan con la capacidad limitada del sistema, lo que influye en las consecuencias posteriores en la productividad, la participación y la dependencia de los sistemas de apoyo, tanto formales como informales.

Aspecto destacado

Resiliencia financiera

La resiliencia financiera es un complemento fundamental para la atención de la salud mental. Ayuda a las personas a mantenerse estables durante los períodos de enfermedad, especialmente cuando se interrumpe su participación laboral o se retrasa la ayuda. En todos los mercados, los instrumentos de ingresos y ahorro pueden proporcionar estabilidad a corto plazo en momentos en que las personas están más expuestas a la volatilidad de los ingresos o a gastos inesperados.

Entre los enfoques más comunes se incluyen los planes de protección de ingresos individuales y los ofrecidos por los empleadores, así como los programas que fomentan los hábitos de ahorro regulares, los planes de ahorro vinculados al empleador y las microcontribuciones automáticas que generan modestos fondos de reserva con el tiempo. En los Emiratos Árabes Unidos, por ejemplo, las iniciativas nacionales de educación financiera y ahorro tienen como objetivo fortalecer la resiliencia cotidiana entre los trabajadores más jóvenes.

El apoyo para la estabilización de ingresos y la elaboración de presupuestos, ofrecido a través de empleadores, sindicatos u organizaciones comunitarias, también ayuda a las personas a gestionar los ingresos variables durante períodos de capacidad reducida. En Australia y el Reino Unido, los planes de ahorro vinculados a las empresas y los modelos de acceso al salario devengado (anticipo de sueldo) ofrecen alternativas al crédito de alto costo. En Chile, las cooperativas comunitarias y los grupos de ahorro rotativos siguen siendo ampliamente utilizados para gestionar las dificultades financieras.

Esta estabilidad puede preservar la autonomía, reducir la presión sobre las redes familiares y crear un espacio para que las personas participen en el tratamiento y se recuperen sin caer en una mayor inseguridad financiera.

3. Productividad: pérdidas de hasta el 5 % del PIB para 2030

Las afecciones de salud mental representan una de las amenazas más graves y persistentes para la productividad en los seis mercados examinados, reduciendo el potencial económico a través de dos canales principales: menor participación en la fuerza laboral y mayor ausentismo laboral.⁸

Si bien la magnitud varía según el mercado, la dirección es la misma: las pérdidas de productividad superan con creces el gasto formal en cuidados. Se prevé que el impacto de las afecciones de salud mental en el empleo oscile entre casi USD 4 mil millones y USD 190 mil millones, lo que equivale a casi el 0,7 % del PIB en los Emiratos Árabes Unidos, y a más del 4 % en el Reino Unido, llegando al 5 % en 2030.

¿Ausencia o salida?

Si bien las licencias médicas son visibles y a menudo se registran, las pérdidas de productividad más importantes y persistentes en todos los mercados se derivan de la menor participación, personas que abandonan el mercado laboral, que tienen dificultades para reincorporarse o que nunca llegaron a formar parte de él.

Sin embargo, dentro de este contexto, los datos apuntan a dos perfiles generales de productividad, que reflejan cómo los diferentes mercados laborales y sistemas de protección configuran la relación entre los síntomas, la ausencia y la participación sostenida.

En los **mercados con alto índice de salidas**, las afecciones de salud mental se asocian con mayores brechas en el empleo. El Reino Unido es el ejemplo más claro: las tasas de empleo entre las personas que viven con una enfermedad mental son aproximadamente 29 puntos porcentuales más bajas que entre las que no la padecen, y la gran mayoría de la pérdida de productividad se debe a que las personas están sin trabajo, más que a que se ausenten. Esta

relación funciona en ambos sentidos: la desconexión con el trabajo también puede provocar peores resultados en la salud mental, reforzando los riesgos de la desvinculación a largo plazo.⁹

Este patrón está estrechamente relacionado con el lugar y el momento en que surgen las afecciones de salud mental. En los mercados con mayor prevalencia, el diagnóstico surge cada vez con mayor frecuencia antes o durante la entrada al mercado laboral, alcanzando su punto máximo entre adolescentes, estudiantes y adultos jóvenes. Cuando el apoyo inicial no está bien conectado con las transiciones de la educación al trabajo o con las primeras trayectorias laborales, es más probable que el malestar a corto plazo retrase la entrada o provoque abandonos repetidos.

Es probable que estas presiones se intensifiquen a medida que la automatización y la IA transformen las vías de acceso al mundo laboral. La disminución de puestos rutinarios o de nivel inicial, la rápida evolución de los requisitos de habilidades y la mayor frecuencia de rediseños de puestos de trabajo elevan el nivel de preparación laboral, lo que aumenta la importancia del apoyo temprano, de las trayectorias adaptables y de la resiliencia personal necesaria para afrontar las transiciones.

Estas dinámicas, en conjunto, corren el riesgo de crear un ciclo de retroalimentación positiva: las mayores barreras para acceder al primer empleo pueden minar la confianza y la estabilidad financiera, agravando así el malestar subyacente. A su vez, las nuevas afecciones de salud mental pueden dificultar la obtención de ese primer punto de contacto en el mercado laboral, lo que aumenta el riesgo de desvinculación a largo plazo.

En los **mercados con alto índice de ausencias**, las brechas de empleo son menores, sin embargo, las licencias médicas registradas son más frecuentes.¹⁰ Chile ilustra este patrón: si bien la brecha de participación es más moderada (alrededor de 14 puntos porcentuales), una gran parte de la pérdida de productividad se manifiesta a través de ausencias prolongadas o repetidas, y las licencias médicas representan alrededor del 30 % de los costos totales de productividad. En estos sistemas, es más probable que las personas permanezcan formalmente vinculadas a un empleo, incluso cuando la recuperación y la reincorporación tarden más tiempo.

8. El presentismo, o la reducción de la productividad durante la jornada laboral, es un factor adicional, aunque no se cuantificó debido a las limitaciones de los datos.

9. Sterud, et. al. [Mental health effects of unemployment and re-employment: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies](#) (2025).

10. Las variaciones en las licencias médicas registradas probablemente reflejan tanto los regímenes de notificación (por ejemplo, la autocertificación frente a la certificación médica del primer día), como los incentivos y las limitaciones del mercado laboral que determinan si el malestar se manifiesta como ausencia, licencia médica de larga duración o salida del trabajo.

Equilibrar la protección y la participación

Ambos perfiles están determinados por cómo los sistemas equilibran la protección de los ingresos con los incentivos para permanecer en el trabajo. Unas sólidas redes de seguridad pública y empresarial desempeñan un papel fundamental para facilitar la recuperación, reducir el estrés financiero y prevenir las salidas de empresas motivadas por la crisis.

Pero cuanto más tiempo esté una persona desconectada del trabajo debido a una afección de salud mental, más difícil le resultará reincorporarse. Y cuando la protección no se combina con una intervención temprana y un apoyo estructurado para la reincorporación al trabajo, el tiempo de inactividad laboral puede aumentar el riesgo de desvinculación permanente, un trastorno que se observa con mayor claridad en los mercados de mayores ingresos.

Por lo tanto, las acciones de mayor impacto se sitúan antes del ausentismo laboral a largo plazo: acceso rápido a la atención médica, opciones claras para permanecer en el trabajo y planes de reincorporación laboral que cuenten con el apoyo necesario y estén alineados con la utilización en el mundo real. Cuando estos elementos están presentes, es más probable que las afecciones de salud mental causen una interrupción temporal en lugar de una pérdida duradera del potencial económico.

Aspecto destacado

Vías de reincorporación al trabajo

Los periodos de enfermedad mental no siempre requieren que uno deba abandonar el trabajo por completo. Para muchas personas, mantenerse conectadas de forma segura con la rutina, los compañeros de trabajo y un propósito puede favorecer la recuperación, ayudando a mantener el ritmo, la confianza y el contacto social. Los empleadores están haciendo mayor hincapié tanto en las vías de acceso al mercado laboral como en los métodos de reincorporación que puedan adaptarse a las capacidades de cada persona. Esto incluye un diseño de puestos de trabajo más claro, tareas y horarios flexibles, y mantener un contacto temprano durante las ausencias. Por ejemplo, Zurich Reino Unido utiliza roles adaptados, entornos predecibles y transiciones guiadas para mejorar la adecuación laboral de los empleados neurodivergentes.

Estos enfoques específicos se complementan con un conjunto más amplio de herramientas para el bienestar y la prevención. Las compañías aseguradoras se han convertido en socios de intervención temprana, ayudando a las organizaciones a identificar los riesgos con mayor antelación, apoyando a los empleados antes de que las situaciones se agraven y previniendo ausentismos laborales evitables. Los planes de riesgo colectivo, como los seguros de vida y los de protección de ingresos, suelen incluir líneas de ayuda para la salud mental, apoyo psicológico temprano, acceso virtual a médicos de cabecera, asesoramiento en situaciones de crisis y programas de asistencia al empleado. Los asesores de salud mental, por ejemplo, ofrecen orientación confidencial para ayudar a las personas a afrontar los primeros síntomas y planificar una reintegración gradual. La información obtenida mediante notificaciones tempranas también puede ayudar a los empleadores a identificar patrones emergentes antes de que se produzcan ausencias prolongadas.

Sin embargo, es necesario que las personas puedan encontrar, confiar y utilizar estas herramientas. La utilización suele ser menor entre los más afectados, sobre todo cuando los servicios requieren que el usuario los gestione por sí mismo o se encuentran fuera de los procesos laborales. Las vías de atención personalizadas y guiadas, que incluyen la divulgación proactiva y una señalización clara, pueden ayudar a conectar el apoyo disponible con una recuperación más temprana. Mantenerse conectado con el trabajo, con el apoyo adecuado, puede ser un factor determinante para la participación a largo plazo. Pero requiere una clara coordinación y confianza entre los empleados, los empleadores y el ecosistema más amplio de apoyo clínico, laboral y de las compañías aseguradoras.

4. Sistemas de protección: cuando las brechas se amplían, las cargas privadas aumentan

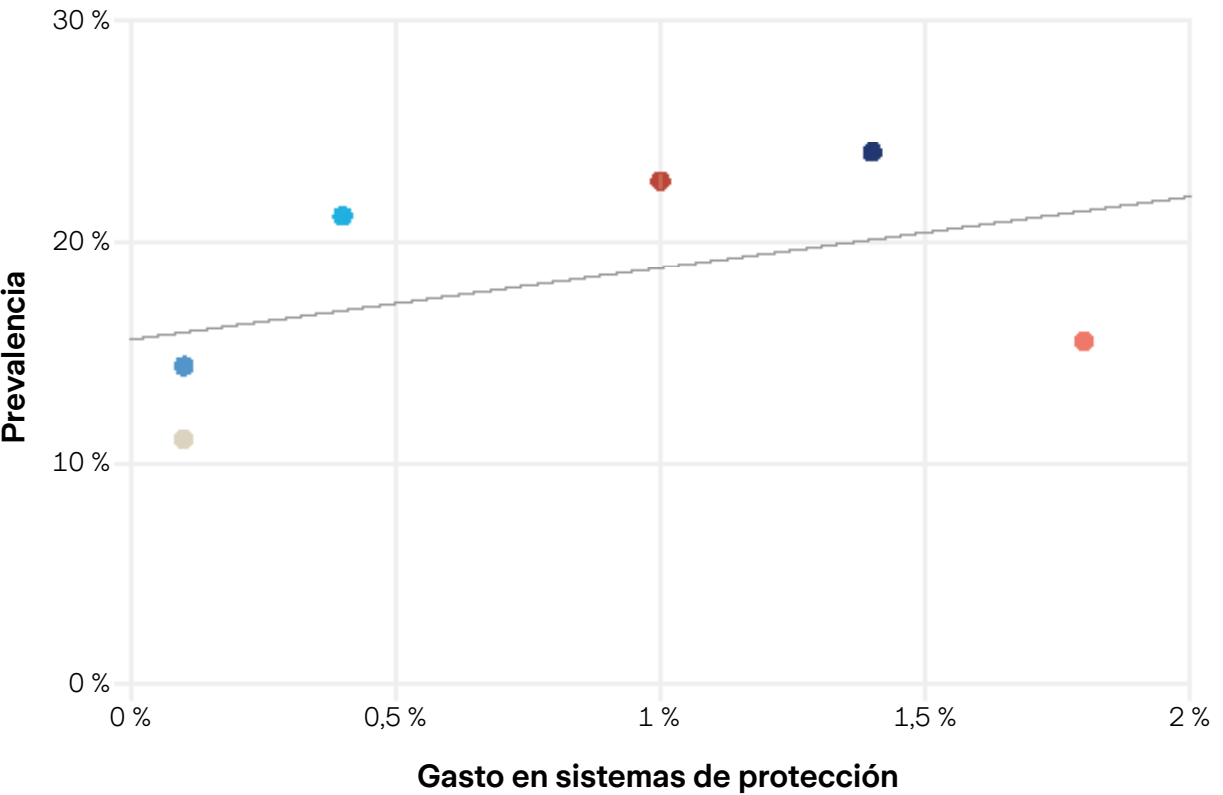
En los seis mercados, los sistemas de protección desempeñan un papel fundamental a la hora de determinar cómo se identifican, financian y gestionan las afecciones de salud mental.

El gasto público varía mucho. Existe una amplia correlación entre una mayor prevalencia y un mayor gasto formal, que pasa de alrededor del 0,1 % del PIB en los Emiratos Árabes Unidos y Malasia, al 1,0 % en Australia y al 1,4 % en el Reino Unido en 2026, con dos excepciones notables.

Alemania destaca como un mercado con menor prevalencia, pero mayor gasto (USD 96 mil millones, o el 1,8 % del PIB en 2026). Si a esto le sumamos sus lentos índices de crecimiento y una brecha de empleo moderada, se trata de un mercado que ha logrado un equilibrio entre un amplio acceso, un acceso temprano y una sólida protección social, sin que se produzca una inflación de la prevalencia.

En comparación, Chile presenta una mayor prevalencia, pero un menor gasto público (USD 1.500 millones, o el 0,4 % del PIB). Esto implica un sistema en el que la visibilidad puede haber aumentado más rápido que la inversión, creando brechas estructurales que las familias, los empleadores y los servicios privados cubren. El modelo de doble seguro de Chile y los largos tiempos de espera en el sistema público implican que el gasto público subestima la verdadera presión sobre el sistema, trasladando la carga a los pagos directos de los pacientes y a la atención informal.

Gasto comparativo en sistemas de protección de la atención a la salud mental (2026)
Por tasa de prevalencia (%) y como proporción del PIB (%)



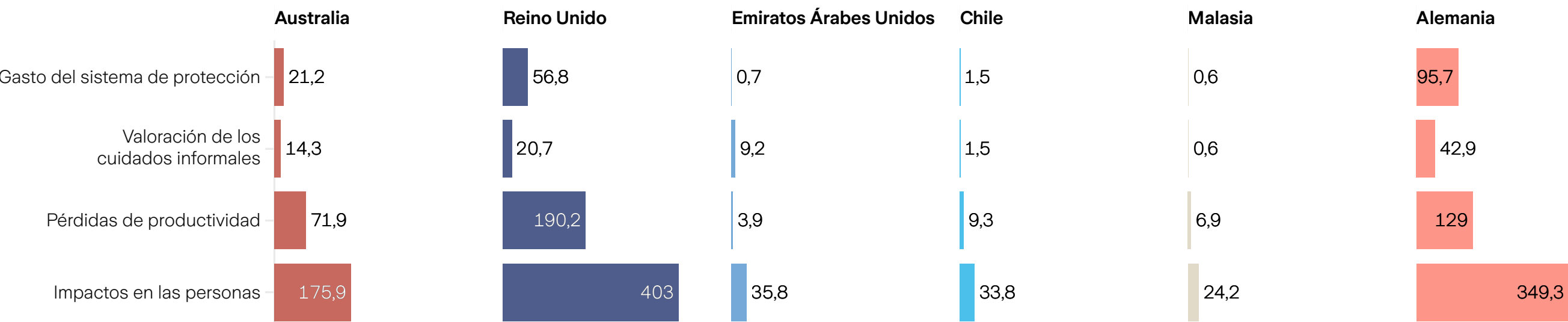
● Australia ● Chile ● Alemania ● Malasia ● Emiratos Árabes Unidos ● Reino Unido

Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.



Impactos previstos de las afecciones de salud mental en las personas, la productividad y los sistemas de protección (2026)

Miles de millones de USD, por país



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Dado que los presupuestos públicos visibles solo reflejan una parte del costo total, gran parte de la carga recae en un ecosistema más amplio y menos visible de gastos directos, costos asumidos por los empleadores y cuidados no remunerados que cubren las deficiencias cuando la provisión pública es insuficiente. En todos los mercados, los sistemas privados e informales absorben costos sustanciales, y cuanto menor sea la inversión pública, mayor será la carga para las personas y las familias.

El gasto directo de los pacientes es una característica definitoria de la atención de la salud mental en mercados con menor gasto, particularmente en Chile y Malasia (entre el 42 y el 43 % del gasto total en sistemas de protección). Los seguros privados desempeñan un papel complementario, a través de seguros de vida, protección de ingresos y planes de salud privados, ofreciendo un acceso más rápido y estabilidad financiera durante los periodos de enfermedad. Pero a medida que se alargan los procesos de recuperación y se retrasa el acceso a la atención clínica, las compañías aseguradoras se enfrentan cada vez más a las consecuencias derivadas de la sobrecarga del sistema.

El cuidado informal es uno de los componentes más grandes y menos visibles de los sistemas de protección, y en Malasia, Chile y los Emiratos Árabes Unidos, supera el gasto público y privado combinados (con una valoración del cuidado informal que oscila entre USD 0,6 mil millones y USD 9 mil millones en estos mercados en 2026). Este apoyo impulsado por la comunidad refleja la resiliencia de las familias, en particular de las mujeres y los hogares de bajos ingresos, que desempeñan un papel fundamental en el bienestar; sin embargo, un mayor apoyo podría permitir que más personas participen plenamente en el mercado laboral y fortalecer la estabilidad de los hogares.

En todos los mercados, el patrón es consistente: Cuando los sistemas formales alcanzan su capacidad máxima, la carga económica para los hogares, los empleadores, las compañías aseguradoras y los particulares aumenta.

Los sistemas están empezando a actuar antes

A pesar de las importantes diferencias en estructura, financiación y cultura, los seis mercados se enfrentan al mismo desafío: garantizar que la ayuda llegue a tiempo. Ya sea por la demora en la búsqueda de ayuda o por la saturación de la capacidad clínica y los largos tiempos de espera, la intervención a menudo comienza solo después de que el malestar se ha intensificado hasta provocar un deterioro del funcionamiento, ausencias o desvinculación.

Sin embargo, en todos los países analizados, están surgiendo nuevos enfoques que impulsan la intervención en una etapa más temprana del proceso, con el objetivo de estabilizar a las personas antes de que los síntomas se agraven y antes de que se vean interrumpidos su trabajo, sus estudios o su vida diaria.

Australia: reducción de la exposición al riesgo anterior

Australia ha introducido una de las intervenciones preventivas más explícitas: restringir el acceso a las redes sociales a los menores de 16 años para reducir la exposición a entornos digitales asociados con una mayor ansiedad y malestar. Esto complementa los programas de detección precoz generalizados realizados por médicos de cabecera y refuerza un sistema cada vez más centrado en reducir el riesgo en las primeras etapas, y no solo en tratar los síntomas clínicos una vez que se han manifestado.

Chile: traslado de la intervención temprana a las comunidades.

El programa chileno de *Atención Primaria de Salud (APS)* es fundamental para brindar apoyo en salud mental tanto en la atención primaria como en entornos comunitarios. El sistema APS permite una evaluación más temprana, un breve apoyo psicológico y un seguimiento coordinado, aunque la falta de especialistas sigue retrasando una intervención más profunda. Su evolución ilustra un sistema que intenta acercar la intervención en salud mental al primer contacto, reduciendo los largos períodos de síntomas sin tratar que provocan un deterioro posterior y una ausencia prolongada.

Alemania: derivación más temprana a través de una atención flexible e integrada

El programa alemán de Tratamiento Flexible e Integrado (FIT) sustituye los pagos hospitalarios diarios por un presupuesto único, lo que permite a los hospitales prestar atención donde sea más apropiado. Este enfoque ha reducido la dependencia de la atención hospitalaria, evitando aproximadamente cinco días de hospitalización por paciente, y permite a los equipos clínicos realizar un seguimiento de los pacientes en diferentes entornos. El programa FIT demuestra cómo la flexibilidad en la financiación puede favorecer una intervención más temprana y reducir la presión sobre las unidades especializadas.

Malasia: la telesalud como primer punto de contacto

En Malasia, la atención inicial comienza cada vez más fuera de los entornos clínicos tradicionales, a través de servicios de telesalud privados y facilitados por los empleadores. Las evaluaciones y el asesoramiento a distancia reducen las barreras creadas por el estigma, las limitaciones de desplazamiento y las largas esperas para acceder a los servicios públicos. La telemedicina no sustituye la capacidad clínica, pero proporciona una vía de acceso para los síntomas leves a moderados, donde una actuación temprana puede tener efectos significativos.

Los Emiratos Árabes Unidos: protección de la participación antes de la crisis

La Ley Federal de Salud Mental de los Emiratos Árabes Unidos supone un cambio preventivo basado en los derechos laborales. Al restringir el despido y la discriminación por motivos de salud mental, la ley fomenta la divulgación temprana y la búsqueda de ayuda, reduciendo el riesgo de que episodios breves de malestar se conviertan en un distanciamiento a largo plazo, al tiempo que ayuda a romper el estigma y las barreras persistentes para una mayor identificación.

Reino Unido: los empleadores como socios de primera línea en la acción temprana.

Las iniciativas del gobierno británico, incluida la *Revisión del programa Keep Britain Working*, describen un nuevo enfoque en el que la salud mental se convierte en una responsabilidad compartida, con los empleadores a la cabeza en la prevención y la intervención temprana. La premisa es clara: Si los empleadores actúan con mayor antelación y el gobierno apoya esas acciones, más personas se mantendrán sanas en el trabajo, se recuperarán más rápido y regresarán antes. La evidencia demuestra que las personas que han estado de licencia médica laboral durante menos de 12 meses tienen casi cinco veces más probabilidades de regresar al trabajo que aquellas que han estado ausentes durante más tiempo, lo que subraya la necesidad de actuar antes de que la ausencia se prolongue.

5. De la toma de conciencia a la acción: dónde se encuentra la próxima oportunidad

En seis sistemas sanitarios, culturales y laborales muy diferentes, las afecciones de salud mental se están reconociendo antes y de forma más generalizada que nunca. Si bien los países parten de posiciones diferentes, la siguiente oportunidad es sorprendentemente consistente: actuar con prontitud, apoyar a las personas para que se mantengan conectadas con el trabajo, la familia y la comunidad, y fortalecer la resiliencia tanto del sistema como personal.

1. Trasladar la intervención a la fase inicial, donde surge la necesidad por primera vez

La prevalencia está aumentando rápidamente en niños, adolescentes y adultos jóvenes, y cuanto antes llegue el apoyo, menos probable será que el malestar leve o situacional se arraigue. En todos los países, esto significa lo siguiente:

- Promover la alfabetización emocional, la capacidad de afrontamiento y la resiliencia personal para que las personas puedan gestionar mejor el malestar en sus primeras etapas. Por ejemplo, la evidencia sugiere que los programas de aprendizaje socioemocional pueden mejorar la adaptación social y reducir el malestar psicológico, mientras que las intervenciones basadas en la resiliencia se muestran prometedoras para fortalecer la capacidad tanto de niños como de adultos para adaptarse a los factores estresantes.¹¹
- Ampliar las vías de acceso rápido e intervención temprana en escuelas, universidades, atención primaria, servicios para jóvenes y canales digitales. Esto puede ser particularmente efectivo para adolescentes neurodivergentes, y se ha demostrado que las intervenciones escolares relacionadas en el Reino Unido conducen a mejoras significativas en el bienestar emocional, incluyendo reducciones en los síntomas de ansiedad y depresión.¹²

11. Cai, et. al. [School-based interventions for resilience in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials](#) (2025); Hosokawa, et. al. [Enhancing social-emotional skills in early childhood: intervention study on the effectiveness of social and emotional learning](#) (2024); Greenberg, [Evidence for Social and Emotional Learning in Schools](#) (2023).

12. Adindu. [The Effectiveness of UK School-Based Mental Health Programs for Neurodivergent Adolescents: A Policy Review of Sen \(Special Educational Needs\) and Inclusive Education Strategies](#) (2025).

- Garantizar que el contacto temprano no sature los sistemas mejorando la clasificación, la derivación y la claridad de los umbrales, dirigiendo a las personas al nivel de apoyo adecuado y evitando la medicalización excesiva.

2. Proteger la participación estabilizando el trabajo y los ingresos, incluyendo el apoyo a los cuidadores

En todos los mercados, las mayores pérdidas económicas no provienen de la ausencia, sino de la reducción de la participación de la fuerza laboral, y los empleadores se encuentran cada vez más en la primera línea de la intervención temprana. En todos los países, esto significa lo siguiente:

- Ampliar las opciones de reincorporación al trabajo, permanencia en el trabajo y apoyo a los cuidadores, adaptándolas a las necesidades individuales mediante el diseño de puestos de trabajo, tareas flexibles y horarios escalonados. Se ha demostrado que las intervenciones centradas en el trabajo que modifican las exigencias laborales y fomentan la participación continua mejoran los resultados en materia de salud mental.¹³
- Fortalecer la coordinación entre empleadores, atención primaria, servicios comunitarios y compañías aseguradoras para que las herramientas del sistema de protección, como los acuerdos de apoyo a los ingresos, el asesoramiento, la información de notificación temprana y la orientación para la rehabilitación, se utilicen de manera eficaz para estabilizar la recuperación.
- Reforzar la resiliencia financiera mediante herramientas de ahorro, ayudas para estabilizar los ingresos y asistencia en la elaboración de presupuestos, ayudando a las personas y a los hogares a gestionar períodos de capacidad reducida.

13. Sanatkar, et. al. [A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of work-focused interventions for employees with symptoms of depression, anxiety, and psychological distress](#) (2025).

Actuar antes de la ausencia: el enfoque de Zurich

En Suiza, la mayoría de los empleadores contratan un seguro colectivo de prestaciones diarias por enfermedad (*Krankentaggeldversicherung* [KTG]), que protege los ingresos de los empleados si la enfermedad les impide trabajar. Los empleadores eligen un período de espera, generalmente de 30 a 60 días, durante el cual continúan pagando el salario antes de que intervenga la aseguradora. Dado que este período inicial puede resultar costoso y problemático, Zurich Suiza integra servicios de intervención temprana en su oferta KTG para prevenir licencias médicas laborales evitables.

El modelo de gestión de cuidados de Zurich apoya a los empleadores en tres frentes. La gestión de la salud corporativa ofrece evaluaciones de riesgo de estrés, talleres y capacitación para gerentes con el fin de detectar señales de alerta temprana. Un equipo de asesores de salud mental ofrece apoyo individual, confidencial y voluntario a los empleados que muestran signos de sobrecarga, ansiedad, agotamiento o estrés agudo, ayudándoles a reconstruir rutinas, gestionar su energía y fortalecer su autoconciencia. Además, con su consentimiento, se ponen en contacto con el departamento de Recursos Humanos cuando influyen factores del entorno laboral.

Si un empleado solicita una licencia médica, los gestores de casos especializados coordinan un plan de reintegración centrado en el lugar de trabajo entre el empleador, la aseguradora y los proveedores de atención médica. En conjunto, estos servicios intervienen precozmente para reducir las ausencias evitables y mantener a las personas conectadas de forma segura con su trabajo antes de que la situación de malestar se agrave.

3. Desarrollar la capacidad del sistema donde más importa y fortalecer la resiliencia junto con la atención

Los sistemas de todo el mundo se enfrentan a una presión creciente: largas listas de espera para recibir terapias psicológicas, acceso desigual y oferta limitada de especialistas. Sin embargo, no toda la capacidad tiene que ser clínica. La atención flexible, integrada y basada en la comunidad puede reducir los cuellos de botella al tiempo que favorece una recuperación más estable. En todos los mercados, esto significa lo siguiente:

- Fortalecer los servicios especializados de tratamiento y apoyo en salud mental, que desempeñan un papel fundamental en el tratamiento y la recuperación y han demostrado resultados clínicos positivos en las evaluaciones.¹⁴
- Ampliar los equipos multidisciplinarios y comunitarios que reduzcan la dependencia de la atención hospitalaria y especializada y permitan transiciones más fluidas entre diferentes entornos. Un servicio de salud que participó en el programa Modelos Comunitarios de Atención a la Salud Mental de Chile registró un 21 % menos de visitas a urgencias que los servicios de salud comparables con implementación parcial, lo que subraya el papel de la capacidad comunitaria para aliviar la presión sobre el sistema.¹⁵
- Alinear la inversión con las condiciones que generan la mayor pérdida acumulada, especialmente los trastornos de ansiedad y depresión, incluso mediante modelos de financiación y atención flexibles e integrados. La evidencia de los hospitales FIT de Alemania muestra que los presupuestos globales para el tratamiento han permitido una atención más continua y coordinada, con un aumento de 5,1 días menos de hospitalización que con los modelos de tratamiento habituales.¹⁶

Una mayor capacidad sistémica, junto con una mayor resiliencia personal, es lo que en última instancia protege la salud, la participación en la fuerza laboral y la estabilidad económica. Cuando los países actúan de forma preventiva, conectan el apoyo entre el trabajo y la salud, y permiten que las personas mantengan la confianza y la capacidad, es mucho más probable que las afecciones de salud mental sigan siendo manejables, recuperables y compatibles con la vida cotidiana.

14. A Instituto Australiano de Salud y Bienestar. [Consumer outcomes in mental health care](#) (2025).

15. Zitko, P. *et al.* [Implementing a Community Model of Mental Health Care in Chile: Impact on Psychiatric Emergency Visits](#) (2017).

16. Neumann, A. *et al.* [Changes in patient care through flexible and integrated treatment programs in German psychiatric hospitals: meta analyses based on a series of controlled claims-based cohort studies](#) (2024).

Información por país



Australia: un sistema bajo presión a medida que aumenta la identificación temprana

Chile: una ventana de oportunidad crucial para la acción

Alemania: un sistema integral con una carga juvenil cada vez mayor

Malasia: un problema privado

Emiratos Árabes Unidos: un firme compromiso nacional con el bienestar

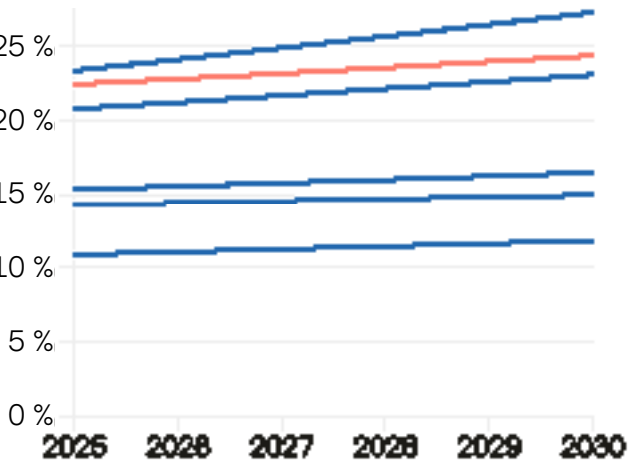
Reino Unido: una transición interrumpida de la educación al empleo



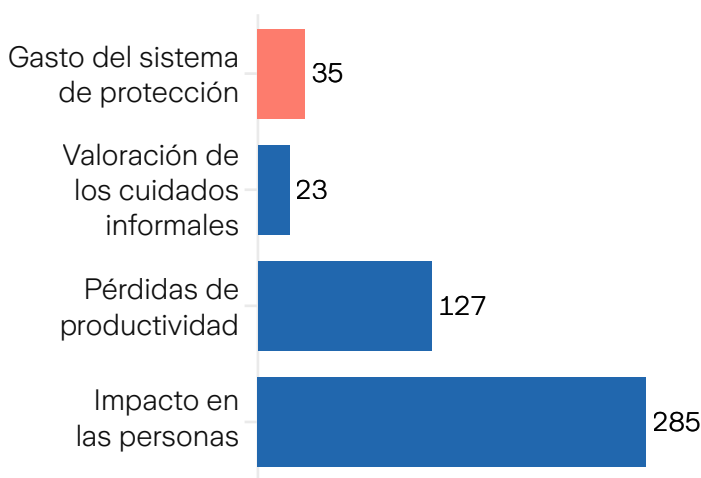
Un sistema bajo presión a medida que aumenta la identificación temprana

Esta sección reúne los datos, modelos y análisis de políticas más recientes para comprender la magnitud, los factores determinantes y las implicaciones de las afecciones de salud mental en Australia. Nos centramos en tres pilares: *las personas* (el impacto humano), *la productividad* (las consecuencias económicas) y *los sistemas de protección* (las presiones del sistema y el panorama político) son factores que están configurando la prevención, la intervención temprana, el acceso al apoyo y la recuperación a largo plazo. El objetivo es ofrecer una visión clara y basada en la evidencia sobre el panorama de la salud mental en el país y destacar oportunidades selectas para la acción estratégica con el fin de fortalecer el bienestar, la resiliencia y la inclusión en los próximos años.

Para 2030, se prevé que las afecciones de salud mental afecten a casi 1 de cada 4 personas que viven en Australia (24,3 %).



Impactos estimados en los sistemas de personas, productividad y protección (2030) Miles de millones de AUD



Para 2030, se prevé que una persona promedio que vive en Australia con una afección de salud mental se enfrentará a lo siguiente:

Menos días de vida saludable perdidos



60 días

de vida saludable perdidos al año.

Mayor brecha promedio de empleo



18 %

de brecha de empleo en comparación con las personas sin afección de salud mental.

Mayor promedio de días de licencia médica



0,7 días

de licencia médica adicional por motivos de salud mental al año.

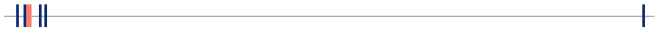
Mayor brecha promedio de empleo



3 %

de los costos del tratamiento cubiertos por gastos directos.

Menor cantidad de horas anuales de atención informal



56 horas

de cuidados informales recibidas al año.

Prevalencia: el reconocimiento determina cómo se siente la carga

Australia registra una de las tasas de prevalencia más altas de afecciones de salud mental entre economías similares. Se estima que, en 2026, casi una de cada cuatro personas (23 %) vivirá con una afección de salud mental, lo que equivale a más de 6,3 millones de personas, y la prevalencia aumentará de forma constante hacia 2030 (tasa de crecimiento anual compuesta del 2,5 %).

A primera vista, se trata de una población sometida a presión. En la práctica, la alta prevalencia en Australia refleja un sistema que ha logrado en gran medida romper el estigma y ampliar el reconocimiento. La salud mental forma parte del debate público, el chequeo preventivo es normalizado, y la atención primaria, en particular a través de los médicos de familia, proporciona un primer punto de contacto accesible.

Por lo tanto, es probable que el aumento de la prevalencia refleje tanto un mayor reconocimiento como un deterioro. Ahora se observa en los datos un espectro más amplio de experiencias relacionadas con la salud mental, desde enfermedades graves y persistentes hasta malestares más leves, episódicos o situacionales. Es más probable que el malestar psicológico que puede permanecer gestionado por la familia o no registrado en otros ámbitos sea identificado, etiquetado y tratado dentro del sistema de salud.

El reconocimiento temprano y generalizado ha traído claros beneficios, en particular al normalizar la búsqueda de ayuda y las vías de acceso al tratamiento adecuado. Pero también influye en la demanda, dando forma a cómo se experimentan y se gestionan las afecciones de salud mental:

1. El reconocimiento influye en algo más que el acceso. En algunos casos, el malestar puede no cumplir siempre con los umbrales de diagnóstico estrictos ni requerir necesariamente intervención médica. Si bien el diagnóstico proporciona legitimidad y una vía de acceso a la atención, también puede enmarcar la enfermedad mental principalmente en términos clínicos, lo que potencialmente desplaza las respuestas menos invasivas y no médicas que permiten a las personas reconstruir su capacidad de afrontamiento y su resiliencia.

2. El diagnóstico puede llegar a formar parte de la identidad personal. Si bien algunas formas de malestar mental se entendían antes como respuestas temporales a acontecimientos vitales o crisis ambientales, el diagnóstico formal de estas experiencias episódicas puede indicar, y en algunos casos reforzar, una afección más duradera. El diagnóstico puede influir en cómo las personas se ven a sí mismas, cómo reaccionan los demás ante ellas y cómo interactúan los sistemas con ellas. Para algunos, esto puede reducir las expectativas de recuperación ante la escasez de incentivos para retomar la plena participación.

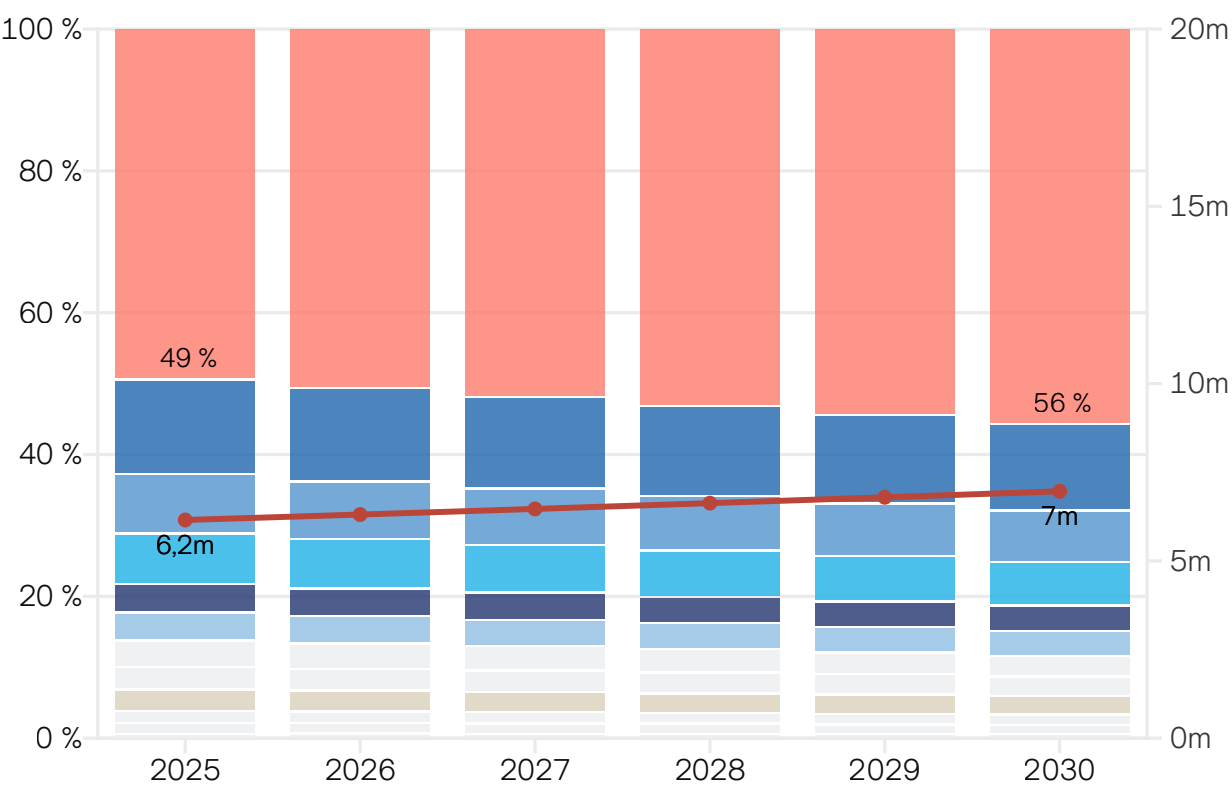
3. La escala puede ocultar la gravedad. La identificación temprana no siempre se traduce en un apoyo temprano. Cuando un gran volumen de casos con menor grado de discapacidad ingresa al sistema, la visibilidad de los casos con mayores necesidades puede verse diluida, lo que ejerce presión sobre la capacidad clínica pública, particularmente en los servicios comunitarios y especializados, y reduce el acceso oportuno para aquellos con necesidades más complejas. Estos efectos suelen recaer con mayor intensidad sobre los grupos de menores ingresos que no cuentan con cobertura médica privada.

El reto que enfrenta Australia en la actualidad es el de dar una respuesta proporcionada, equilibrando un sólido apoyo clínico para quienes más lo necesitan con un mayor énfasis en la capacidad individual, la resiliencia y la recuperación cuando sea apropiado. Las crisis externas —duelos, incertidumbre económica, volatilidad social— siempre ocurrirán. La tarea consiste en fortalecer la capacidad de las personas para sobrellevar estas presiones, evitando la entrada automática en protocolos clínicos prolongados o la pérdida de participación a largo plazo.



Australia: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental (2025-2030)

Proyección de la proporción de casos por afección (%) y número total de personas con una afección de salud mental (millones)



- Personas con una afección de salud mental
- Anorexia nerviosa
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastornos del espectro autista
- Trastorno bipolar
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de la conducta
- Distimia
- Discapacidad intelectual del desarrollo idiopática
- Trastorno depresivo mayor
- Esquizofrenia
- Otros trastornos mentales

Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
El número total de personas con una afección de salud mental tiene en cuenta las comorbilidades.
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

La ansiedad impulsa un rápido crecimiento

Se prevé que los trastornos de ansiedad representen más de la mitad (56 %) de las afecciones de salud mental registradas para 2030, con un crecimiento promedio de alrededor del 6 % anual, mucho más rápido que cualquier otra afección. La mayoría de las demás afecciones de salud mental progresan más lentamente (un 2 % anual o menos), y algunas incluso disminuyen.

Esta concentración es importante. La ansiedad abarca un amplio espectro, desde el malestar situacional vinculado a acontecimientos vitales hasta trastornos persistentes y clínicamente diagnosticables. Muchas personas padecen enfermedades mentales relacionadas con la ansiedad sin cumplir con los criterios de diagnóstico formales. Pero a medida que aumenta la toma de conciencia y la búsqueda de ayuda, es probable que una mayor proporción de este espectro quede reflejada en los registros de prevalencia.

La prohibición de las redes sociales

Australia se encuentra entre los primeros países en restringir el acceso a las redes sociales a los grupos de edad más jóvenes, lo que refleja la creciente preocupación por el papel que desempeñan los entornos digitales en la configuración de la salud mental durante los años formativos. Si bien los efectos a largo plazo aún están por manifestarse, esta medida señala un cambio deliberado hacia la intervención preventiva, con el objetivo de reducir la exposición al riesgo antes de que las afecciones de salud mental se traduzcan en interrupciones en la educación, retrasos en la entrada al mercado laboral o desvinculación a largo plazo.

La prevalencia alcanza su punto máximo entre los adultos jóvenes

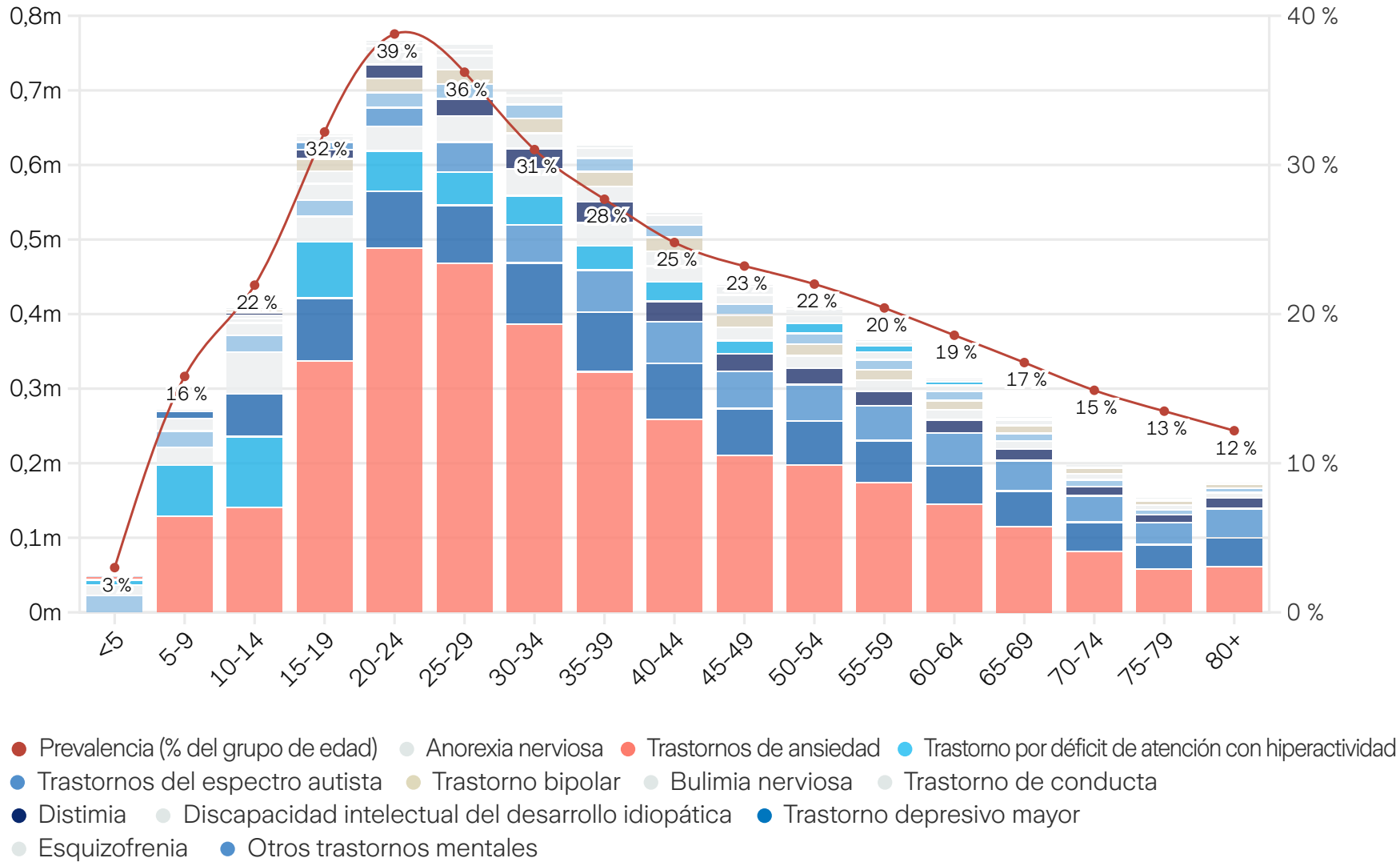
Las afecciones de salud mental son más comunes entre las personas de 15 a 34 años, y se estima que cerca de una de cada tres vive con alguna de estas afecciones, alcanzando su punto máximo en torno al 39 % entre las personas de 20 a 24 años.

La primera etapa de la adultez es un período de rápida transición: desde la educación hasta los inicios de la vida laboral, la vivienda, las relaciones personales y la creciente responsabilidad financiera. Estas presiones aumentan la exposición al sufrimiento mental y, cuando las afecciones se diagnostican en esta etapa, pueden influir en la evolución de la enfermedad mucho antes de que aparezca una enfermedad grave o persistente.

Pero un diagnóstico precoz también puede influir en cómo las personas se desenvuelven en la educación, el trabajo y la asunción de riesgos, y afecta a cómo los sistemas responden a ellas con el tiempo, incluyendo la inserción en el mercado laboral y la asegurabilidad a largo plazo.



Australia: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental por edad (2026)
Número de afecciones de salud mental (millones) y tasa de prevalencia (%), por grupo de edad.



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).

La prevalencia proyectada por grupo de edad (%) incluye comorbilidades.

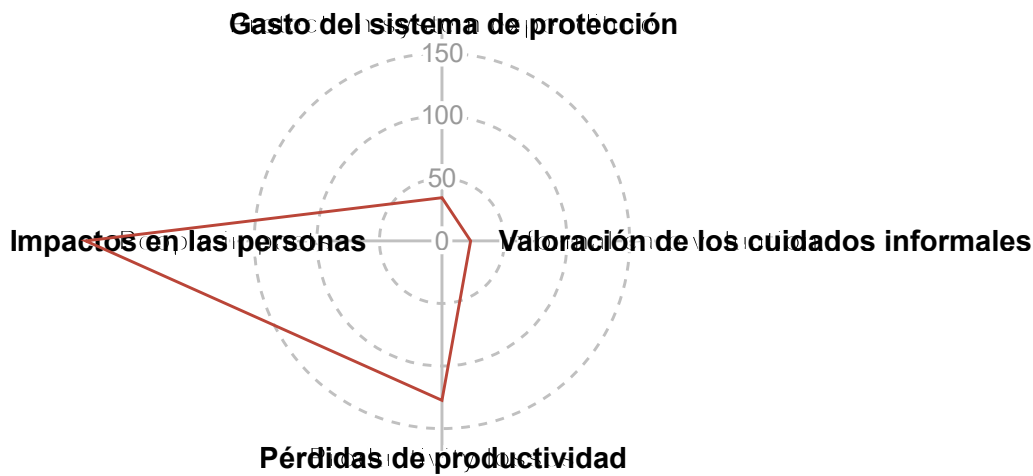
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Un mercado con alto nivel de conocimiento y alta prevalencia

El perfil de prevalencia en Australia tiene consecuencias de gran alcance.

Australia: impactos estimados en las personas, la productividad y los sistemas de protección (2030)

Miles de millones de AUD



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Para 2030, a pesar de la inversión sostenida en sistemas de protección, estimada en casi AUD 35 mil millones (alrededor del 1,1 % del PIB), las afecciones de salud mental están asociadas con lo siguiente:

AUD 285 mil millones

en pérdidas de bienestar relacionadas con la morbilidad y la mortalidad.

AUD 127 mil millones

en reducción de la participación laboral y aumento del ausentismo laboral.

AUD 23 mil millones

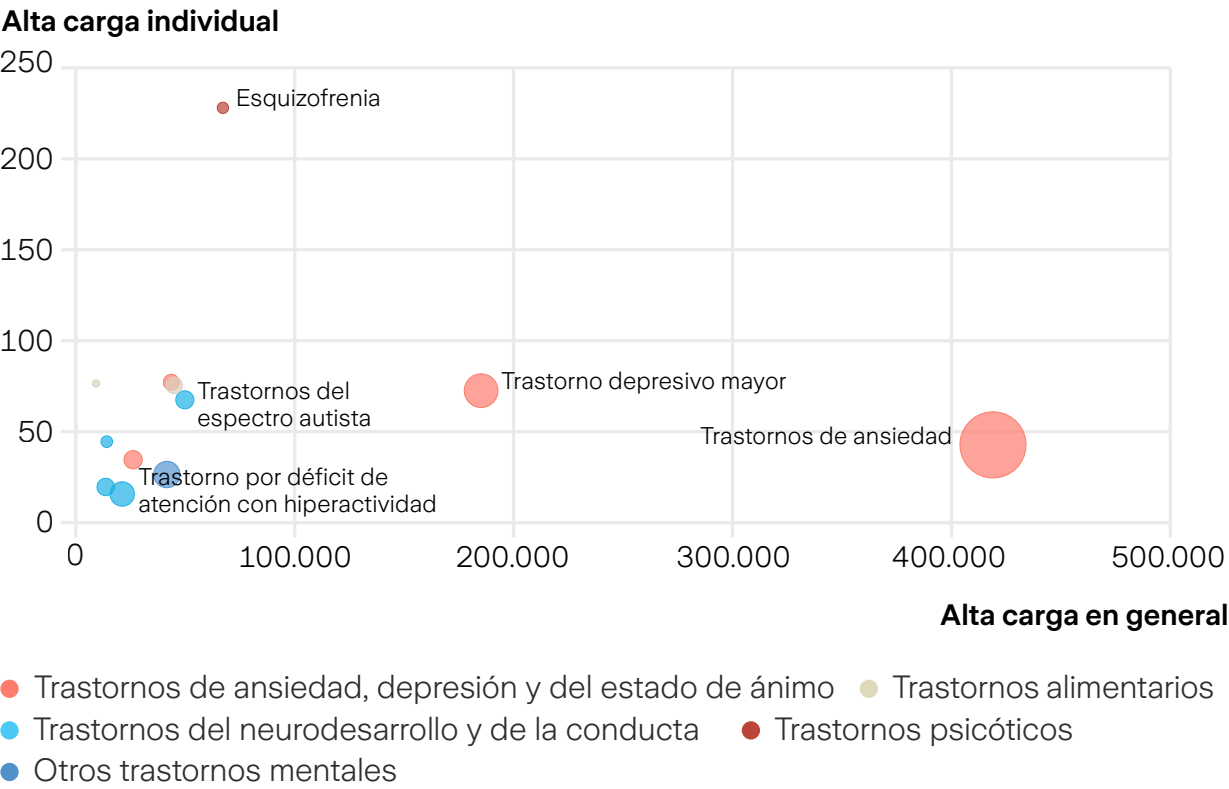
en el valor de cuidados informales.

Estos impactos ilustran tanto la magnitud de las pérdidas asociadas a las afecciones de salud mental en Australia como la oportunidad de mitigarlas, concentrando los recursos clínicos donde más se necesitan y fortaleciendo la resiliencia y la recuperación más allá del sistema de salud formal.

Personas: El mayor costo es la reducción de la calidad de vida

Australia: impacto de las afecciones de salud mental en la morbilidad (2026)

Estimación de la discapacidad individual (días vividos con una discapacidad) y proporción de la carga total de la enfermedad (% del total de años vividos con discapacidad), por afección.



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Las afecciones de salud mental y las autolesiones provocan la pérdida de dos meses (60 días) de vida saludable al año para la persona promedio que vive con una afección de salud mental, y la pérdida de más de un millón de años de vida saludable en toda Australia cada año.

Se prevé que para 2030 estas pérdidas aumenten de AUD 259 mil millones a AUD 285 mil millones anuales¹, lo que subraya la magnitud del impacto que sufren las personas y las comunidades.

Al igual que en otras economías avanzadas, la inmensa mayoría de estos datos se relaciona con la morbilidad (88 %), en lugar de la mortalidad. Esto refleja el efecto acumulativo de la disminución del funcionamiento diario: trastornos del sueño, dificultad para concentrarse, menor energía y menor participación social.

Las enfermedades de alta prevalencia causan la mayor parte de la pérdida de bienestar

Los trastornos de ansiedad son la principal causa de la pérdida de bienestar en Australia; representan el 45 % de los años vividos con discapacidad (YLD). Esto refleja el volumen más que la intensidad: La ansiedad afecta a una gran parte de la población (alrededor del 13 % en 2026), aunque el deterioro promedio por persona es menor que en muchas otras afecciones (42,8 días al año). El trastorno depresivo mayor, la segunda afección más común, afecta solo a alrededor del 3 % de la población.

Las afecciones de alta prevalencia implican que incluso un deterioro leve o moderado puede acumularse y provocar una pérdida de bienestar a gran escala. Los trastornos relacionados con la ansiedad suelen afectar al ritmo de la vida cotidiana, a la capacidad de concentrarse, mantener el esfuerzo, interactuar socialmente o recuperarse. Puede que no se presente como una interrupción recurrente o persistente, pero cada episodio conlleva un costo en términos de pérdida de calidad de vida, incluso cuando las personas siguen funcionando con normalidad en el trabajo o en la vida familiar.

1. Se ha aplicado un valor de año de vida estadístico de USD 176.000.

Las afecciones de menor prevalencia conllevan una alta carga individual

Las afecciones menos comunes contribuyen a una discapacidad individual desproporcionadamente alta. Australia presenta la mayor prevalencia de trastornos del neurodesarrollo entre los países incluidos en este estudio, con un 1 % de la población afectada por el autismo y casi un 2 % por el TDAH en 2026.

Si bien el TDAH es más común, el autismo se asocia con una carga individual mucho mayor: casi 68 días de vida saludable perdidos por persona y el 5 % del total de años vividos con discapacidad (YLD), en comparación con alrededor de 16 días y el 2 % de los YLD para el TDAH. El autismo también se encuentra entre las afecciones de más rápido crecimiento, con un aumento de aproximadamente el 1,4 % anual hasta 2030. Esto también puede contribuir a los niveles relativamente altos de comorbilidad en Australia, ya que los trastornos del neurodesarrollo tienen más probabilidades de coexistir con otras afecciones de salud mental.

Una doble carga

Por lo tanto, la carga que supone la salud mental en Australia está determinada por dos dinámicas contrapuestas: afecciones generalizadas de menor gravedad que afectan a muchas personas, y afecciones caracterizadas por una discapacidad más grave concentradas en un número menor de personas.

Gestionar este equilibrio es el principal desafío: un gran volumen de casos con necesidades menos graves puede absorber la capacidad del sistema, lo que subraya la importancia del triaje y una respuesta proporcional para evitar que la atención se vea desbordada y se desvíe a quienes tienen mayores necesidades.



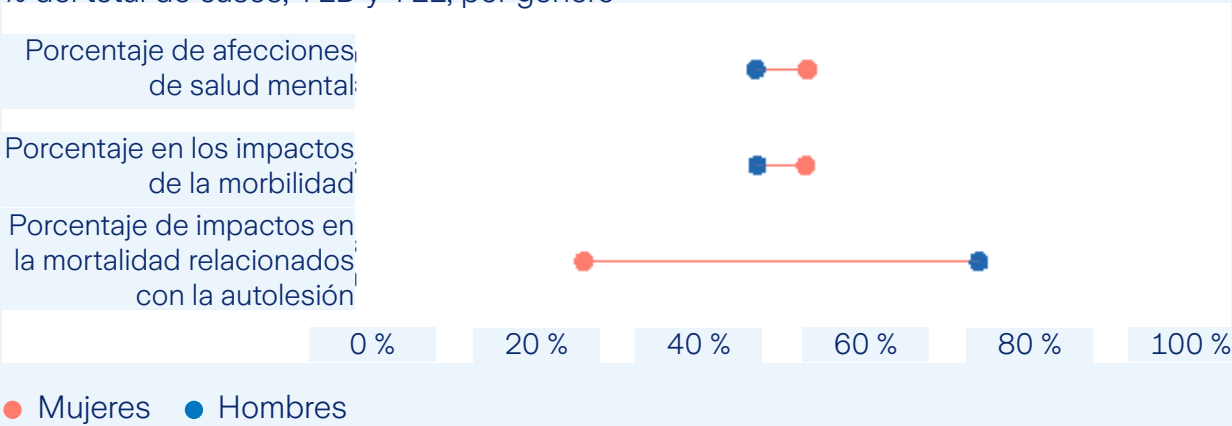
Brechas de género en Australia

Al igual que en mercados similares, las mujeres presentan una prevalencia general más alta (alrededor del 24 % en comparación con el 22 % entre los hombres), un crecimiento más rápido (2,8 % frente al 2,2 % de crecimiento anual promedio entre 2026 y 2030) y representan una mayor proporción de la carga total de la enfermedad.

Al igual que en otros mercados, los hombres, por el contrario, experimentan una menor prevalencia registrada, pero un mayor impacto en la mortalidad, soportando una proporción desproporcionada de las pérdidas relacionadas con el suicidio.

Australia: impactos proyectados de las afecciones de salud mental en el bienestar según el género (2026)

% del total de casos, YLD y YLL, por género



Fuentes primarias: [IHME \(2025\)](#), [Banco Mundial \(2025\)](#).

Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.



El deterioro clínico puede traducirse en una desventaja duradera

El costo personal de las enfermedades mentales no se limita a los síntomas ni a los episodios de atención médica. Además de una menor calidad de vida, las personas que viven con afecciones de salud mental experimentan una mayor presión financiera, menores reservas económicas y una menor satisfacción general con la vida. Estos impactos se acumulan silenciosamente, soportados por individuos, familias y empleadores, y se sienten en las comunidades mucho después de que finaliza el contacto clínico.

Los indicadores de bienestar específicos de Australia apuntan a un patrón consistente.² Las personas que padecen afecciones de salud mental tienen más probabilidades de reportar estrés financiero constante, lo que refleja tanto una menor capacidad para trabajar como una mayor exposición a gastos inesperados. Entre las mujeres, el estrés financiero declarado es, en promedio, unos 18 puntos porcentuales superior al de aquellas que no padecen ninguna afección de salud mental.

Los efectos van más allá de las finanzas inmediatas y se extienden a la resiliencia económica a largo plazo. La menor capacidad para acumular o mantener ahorros, la menor participación en los ingresos por inversiones y el retraso en la acumulación de activos debilitan la resiliencia financiera a largo plazo. Incluso cuando las personas conservan su empleo, la discapacidad intermitente puede traducirse en una progresión más lenta, trayectorias de ingresos más frágiles y una menor capacidad para absorber crisis.

Ingresos de inversión promedio un 61 % menores

Entre las mujeres con una afección de salud mental en Australia en comparación con las que no la tienen (57 % para los hombres).

Las afecciones de salud mental también se asocian con una menor satisfacción vital declarada, con diferencias de aproximadamente 10 y 11 puntos porcentuales para hombres y mujeres respectivamente. Las personas que viven con una afección de salud mental en Australia:



Tienen menos probabilidades de sentirse parte de su comunidad local (entre 8 y 17 puntos porcentuales en todos los grupos de edad laboral).



Están menos satisfechas con su situación financiera (13 y 15 puntos porcentuales para hombres y mujeres respectivamente).



Están menos satisfechas con las oportunidades laborales (más de 11 puntos porcentuales para la mayoría de los grupos).



Tienen menos probabilidades de declarar sentirse seguro (7 puntos porcentuales para determinados grupos).

La disminución del bienestar, la vulnerabilidad financiera y la menor capacidad de adaptación tienden a reforzarse mutuamente con el tiempo, lo que hace que las personas sean menos capaces de absorber los impactos, adaptarse al cambio y recuperarse rápidamente de las crisis.

Y dado que las afecciones de salud mental están muy extendidas, estos efectos individuales se acumulan en toda la población y se entrecruzan con la capacidad limitada del sistema, lo que influye en las consecuencias posteriores en la productividad, la participación y la dependencia de los sistemas de apoyo formales e informales.

2. Basado en la Encuesta sobre Dinámica de los Hogares, los Ingresos y el Trabajo en Australia (HILDA) (consulte [↗ Datos y Metodología](#)).

Productividad: se prevé que el impacto en el empleo alcance el 4 % del PIB para 2030

Las afecciones de salud mental representan un freno significativo para la capacidad económica de Australia, ya que se estima que el 30 % de la población en edad laboral vivirá con una afección de salud mental para 2030, una de las cifras más altas de este informe, superada solo por el Reino Unido.

Se estima que la pérdida de salarios, que combina la reducción de la participación en la fuerza laboral y el ausentismo laboral, ascenderá a AUD 106 mil millones en 2026 (equivalente al 3,5 % del PIB). Se prevé que para 2030, las pérdidas relacionadas con la productividad superen los AUD 127 mil millones anuales, lo que representa aproximadamente el 4,0 % del PIB. Estas pérdidas superan con creces el gasto formal en salud mental (alrededor del 1,0 % del PIB), lo que subraya que la carga económica de las afecciones de salud mental se soporta a través de la pérdida de productividad laboral y no a través de los costos sanitarios.

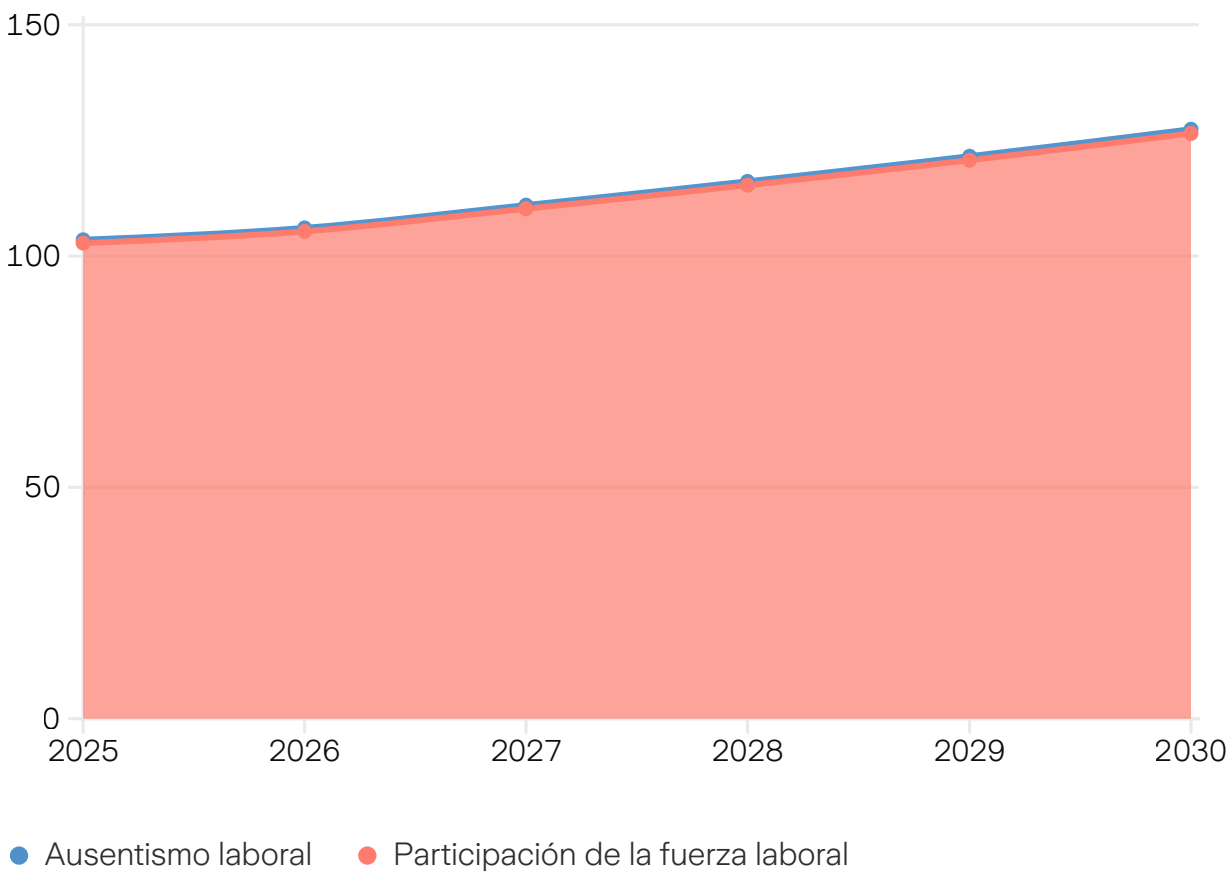
Casi todas las pérdidas relacionadas con el empleo se deben a una menor participación, no a ausencias de corta duración. El ausentismo laboral, que aquí se registra como el promedio de días de licencia médica adicionales relacionados con la salud mental, tomados por personas con una afección de salud mental, representa menos del 1 % de las pérdidas (AUD 749 millones).³

Se estima que el trabajador promedio con una afección de salud mental en Australia toma 0,7 días de licencia médica adicionales al año. Las mujeres tardan casi el doble de días que los hombres (0,9 frente a 0,5), una tendencia que se mantiene constante en todos los grupos de edad.

El ausentismo laboral es más visible en la administración pública y la seguridad, los servicios financieros y de seguros, y la educación y la formación; sectores caracterizados por una elevada carga de trabajo, una interacción regular con el público o los clientes, y un margen limitado para ajustar el ritmo o las responsabilidades a corto plazo. También se observan altos índices de ausentismo laboral entre los operarios de maquinaria y conductores, los profesionales y los directivos.

3. Se denomina salario perdido a efectos de valoración; sin embargo, la persona sigue recibiendo el salario si se toma en virtud de los derechos de licencia médica remunerada.

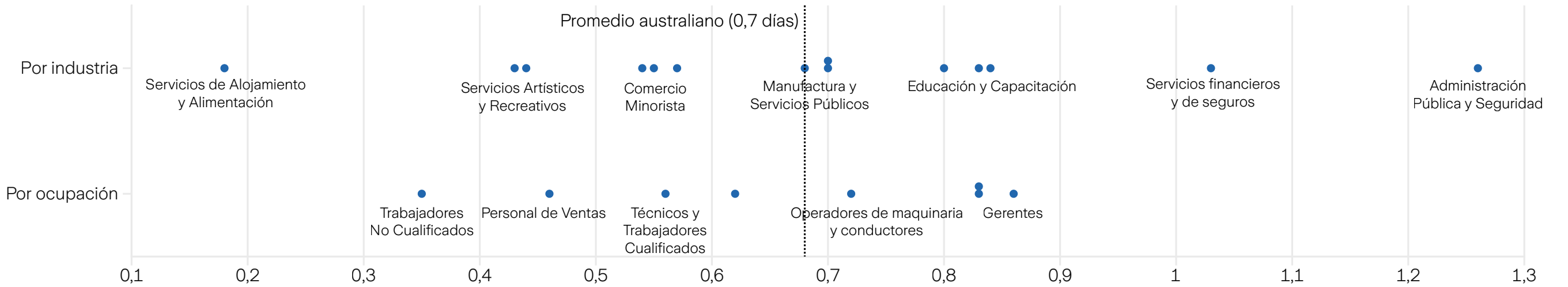
Australia: impacto económico proyectado de las afecciones de salud mental (2025-2030)
Ausentismo laboral y pérdidas de participación laboral asociadas a afecciones de salud mental, miles de millones de AUD



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Australia: estimación de días de licencia médica adicionales por sector (2026)

Exceso de días de licencia médica tomados por personas empleadas con afecciones de salud mental, por sector.



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Estos patrones reflejan roles expuestos a una alta demanda cognitiva u operativa, responsabilidad por los resultados o la seguridad, presión de tiempo y tiempo de recuperación limitado. Para algunos trabajadores, esto se debe a la fatiga, los turnos de trabajo y los entornos laborales donde la seguridad es primordial; Para otros, refleja la densidad de decisiones, la regulación emocional y la responsabilidad. En conjunto, estas dinámicas señalan dónde el apoyo temprano y específico para cada puesto de trabajo, así como el diseño del trabajo, incluida la gestión de la carga de trabajo, la mitigación de la fatiga y la flexibilidad, pueden tener el mayor impacto preventivo.

Pero no es el principal factor que impulsa las pérdidas a nivel del sistema.

Los impactos están determinados por quién puede trabajar

En Australia, es más probable que las afecciones de salud mental se traduzcan en una desvinculación laboral más prolongada, en lugar de reducciones temporales en las horas o el rendimiento. Casi todos los impactos relacionados con el empleo (99 %) se derivan de la imposibilidad de las personas de acceder, permanecer o reincorporarse al trabajo a plena capacidad. Las tasas de empleo entre las personas que viven con una enfermedad mental son aproximadamente 18 puntos porcentuales más bajas que entre las que no la padecen (48 % de empleo para quienes tienen una enfermedad mental frente al 66 % entre quienes no la tienen en 2026).

Detrás de esta cifra principal, que ya de por sí es considerable, se esconden desigualdades especialmente agudas. Los hombres de entre 35 y 39 años se enfrentan a una brecha de empleo del 37 %, seguidos de cerca por los hombres de entre 55 y 59 años, con un 34 %. En casi todos los grupos de edad, los hombres con afecciones de salud mental se enfrentan a mayores obstáculos para encontrar empleo, pero las diferencias siguen siendo notables para las mujeres que se acercan a la edad de jubilación (28 % de las que tienen entre 55 y 64 años).

Estos patrones sugieren que las pérdidas de productividad no son simplemente consecuencia de enfermedades a corto plazo, sino de cómo las afecciones de salud mental interactúan con las estructuras del mercado laboral a lo largo del tiempo. En Australia, las mayores pérdidas se producen cuando las personas abandonan el mercado laboral prematuramente, tienen dificultades para reincorporarse o nunca llegan a incorporarse por completo.

Un mayor acceso al diagnóstico ha reducido las barreras para el reconocimiento y el apoyo, una clara fortaleza del sistema, pero también puede, en algunos casos, disminuir el umbral para la salida del mercado laboral cuando no se acompaña de un tratamiento oportuno, rehabilitación y apoyo estructurado para el regreso al trabajo.

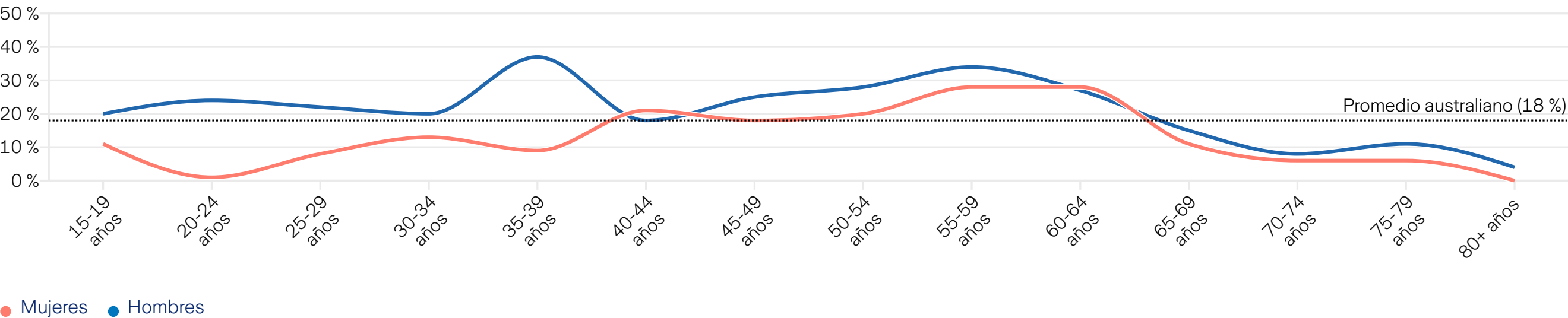
Una retirada a corto plazo puede convertirse en una salida a largo plazo en los siguientes casos:

- Si la atención clínica se retrasa.
- Si el alojamiento en el lugar de trabajo es limitado.
- Si las ayudas económicas estabilizan los ingresos, pero no la participación.
- Si la reincorporación al trabajo presupone una recuperación lineal que no se corresponde con la experiencia vivida.

Con el tiempo, esto conduce a una desvinculación estructural: las habilidades se deterioran, la confianza se debilita y el vínculo con el empleador se desvanece.

Australia: brecha de empleo estimada por género (2026)

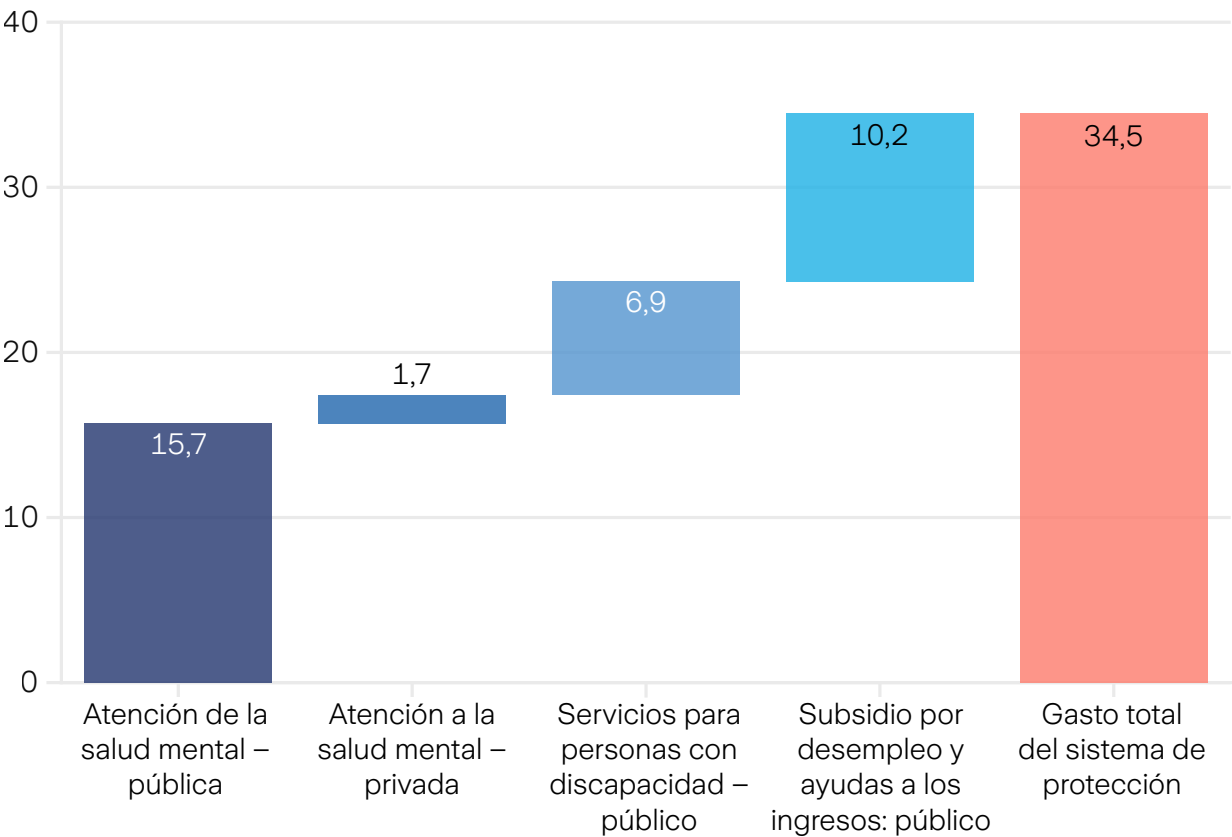
Diferencia en puntos porcentuales en la tasa de empleo entre las personas con una afección de salud mental y las que no la tienen, por género y grupo de edad.



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Sistemas de protección: cimientos sólidos bajo presión

Australia: sistemas de protección de la atención de la salud mental (2030)
Gasto proyectado, miles de millones de AUD



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

A pesar de la magnitud de las pérdidas de productividad asociadas a las afecciones de salud mental, el gasto formal relacionado con la salud mental en Australia sigue siendo modesto. Se prevé que para 2030, el gasto en servicios de atención médica, apoyo a personas con discapacidad, asistencia económica y programas comunitarios alcance aproximadamente el 1,1 % del PIB, una cifra considerablemente inferior a la del Reino Unido (1,5 %) y Alemania (1,8 %).

Pero los niveles de gasto no deben interpretarse de forma aislada. Australia cuenta con una capacidad clínica relativamente sólida en algunos aspectos: 16 psiquiatras por cada 100.000 habitantes en 2023, en comparación con 10,1 en el Reino Unido.⁴ Sin embargo, esto no se ha traducido necesariamente en un acceso más rápido. En 2022, el tiempo medio de espera para los servicios de atención de salud mental presenciales alcanzó los 77 días, una cifra superior a la de mercados similares,⁵ y se ha visto agravada por los continuos conflictos laborales, la alta rotación de personal y los modelos de dotación de personal a corto plazo en algunas partes del sistema.

En Australia, una parte importante de los costos formales relacionados con la salud mental también queda fuera del sistema sanitario, en forma de subsidios por incapacidad, ayudas por discapacidad y gastos de bolsillo. Esto refleja cómo se experimentan y se gestionan las afecciones de salud mental a lo largo del tiempo, no solo como un problema clínico, sino como un riesgo sostenido para la participación.

Los seguros privados, incluidos los de vida y protección de ingresos, forman parte de esta red de seguridad, absorbiendo una proporción cada vez mayor de las consecuencias financieras cuando las afecciones de salud mental interrumpen el trabajo. Sin embargo, a medida que aumenta el volumen de reclamaciones y se alarga su duración, las compañías aseguradoras se ven cada vez más expuestas a las mismas presiones que se observan en otros sectores.

4. AIHW. [Mental health workforce](#) (2024); Royal College of Psychiatrists. [Workforce figures](#) (2023); Yang, O. & Chang, Y. [Wait times for Psychiatric Specialist Services in Australia](#) (2025); Centre for Mental Health. [The economic and social costs of mental ill health](#) (2024); Kruse, J. et al. [Outpatient Psychotherapy in Alemania](#) (2024).

5. AIHW. [Mental health workforce](#) (2024); Royal College of Psychiatrists, [Workforce figures](#) (2023).

Los sistemas de protección se sitúan en la intersección entre la salud y el trabajo. Cuando el apoyo económico y la cobertura se combinan con un tratamiento oportuno, la rehabilitación y programas estructurados de reincorporación al trabajo, pueden ayudar a estabilizar a las personas y, al mismo tiempo, preservar su vinculación con el mercado laboral. Cuando la capacidad clínica es limitada y la coordinación entre la atención médica, los empleadores y las compañías aseguradoras está fragmentada, los sistemas de protección pueden tender hacia la compensación en lugar de la reincorporación.

Esto no disminuye el valor de la red de seguridad social australiana, que es esencial durante los períodos de enfermedad, pero pone de manifiesto sus limitaciones: La sustitución de ingresos puede estabilizar la situación de dificultad económica sin restablecer la participación en la actividad laboral.

En un mercado laboral donde las pérdidas de productividad se deben mayoritariamente a la salida y la no entrada al mercado laboral, en lugar de las ausencias a corto plazo, esta distinción es fundamental. El aumento de la prevalencia y el crecimiento demográfico están ejerciendo una presión cada vez mayor sobre los sistemas que no fueron diseñados para gestionar el riesgo de una participación sostenida y a gran escala.

Los sistemas formales capturan solo una parte del ecosistema de soporte

Se prevé que, para 2030, las familias y las redes informales en Australia proporcionen más de 301 millones de horas (o AUD 22.900 millones) de atención no remunerada a la salud mental cada año. Esto rivaliza con el gasto del sistema formal, pero sus costos, emocionales, financieros y laborales, son asumidos de forma privada.

Los cuidados informales pueden actuar como factor estabilizador a corto plazo. Pero cuando el acceso a la atención clínica, la rehabilitación o las vías de reincorporación al trabajo son limitados, corre el riesgo de convertirse en un sustituto del apoyo estructurado. Esto traslada la carga de las instituciones a los hogares y las comunidades, con impactos adicionales como la reducción de la participación en el mercado laboral y la pérdida de ingresos entre los cuidadores.



La resiliencia en la salud mental no consiste en afrontar las situaciones en aislamiento. Ayudar a las personas a mantenerse conectadas, con el trabajo, la familia y la comunidad, suele ser una parte fundamental de la atención y una de las protecciones más sólidas contra el aislamiento a largo plazo.

Antony Vriens, Head of Health Services, Zurich Australia

Desde el acceso a los resultados: dónde está la próxima oportunidad de Australia

El sistema de atención de salud mental de Australia tiene puntos fuertes claros: gran nivel de toma de conciencia, amplia cobertura e inversión pública sostenida. La siguiente fase del progreso dependerá menos de reconocer las necesidades y más de capacitar a las personas para que desarrollen resiliencia a lo largo de su vida, especialmente en momentos en que las afecciones de salud mental corren el riesgo de traducirse en una desvinculación permanente del trabajo y la sociedad. Esto significa:

- 1. El apego temprano moldea la resiliencia a largo plazo.** Apoyar a los jóvenes adultos para que establezcan una primera conexión duradera con el mundo laboral, y permitir que las personas se reincorporen tras periodos de enfermedad, puede evitar que las interrupciones tempranas marquen toda su vida laboral. Entre las medidas prácticas se incluyen puestos de entrada flexibles, transiciones apoyadas de la educación al trabajo y programas graduales de reincorporación laboral que permiten recuperar la confianza y la capacidad con el tiempo.
- 2. La resiliencia se construye manteniendo la capacidad de acción, la conexión y el impulso a través de las interrupciones.** Los periodos de angustia mental no siempre requieren abandonar el trabajo o los estudios. Es más probable que las personas mantengan su resiliencia cuando la protección financiera amortigua las crisis a corto plazo sin romper los vínculos, lo que favorece la continuidad de las rutinas, las habilidades y el propósito. Cuando el apoyo económico y la cobertura se combinan con incentivos y vías estructuradas para la reinserción gradual, las personas están en mejores condiciones de recuperar la confianza, la estabilidad y la independencia.
- 3. Unas vías de tratamiento más específicas pueden evitar que las afecciones de baja gravedad se arraiguen.** Un mayor acceso al diagnóstico ha reducido las barreras para el reconocimiento y el apoyo, pero también aumenta la importancia de una evaluación precisa y de protocolos personalizados. Una mejor coordinación entre los profesionales clínicos, los empleadores y las compañías aseguradoras puede ayudar a garantizar que el apoyo sea proporcional a la gravedad de la afección, orientando a las personas hacia un tratamiento y una rehabilitación eficaces.

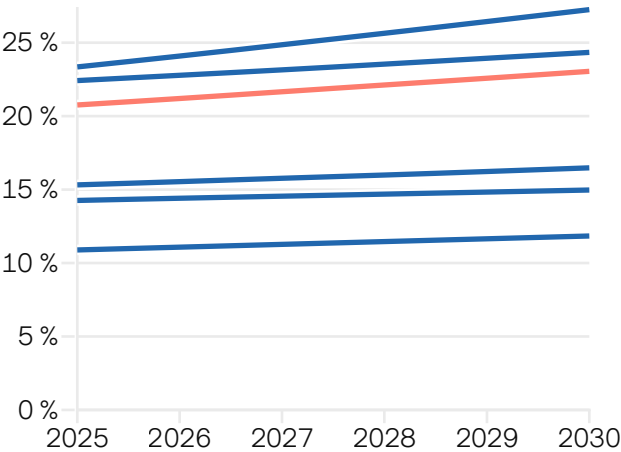
En conjunto, estas prioridades apuntan hacia un objetivo común: ayudar a las personas a sobrellevar periodos de enfermedad mental sin perder su estabilidad laboral, sus ingresos ni sus oportunidades. En un mercado laboral donde las mayores pérdidas provienen de la salida y la no entrada al mercado, desarrollar la resiliencia personal no es una preocupación secundaria, sino que es fundamental para la capacidad económica y social de Australia a largo plazo.



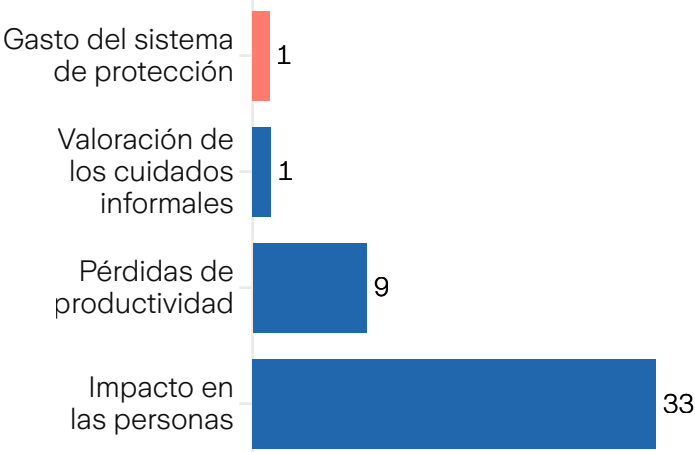
Una ventana de oportunidad crucial para la acción

Esta sección reúne los datos, modelos y análisis de políticas más recientes para comprender la magnitud, los factores determinantes y las implicaciones de las afecciones de salud mental en Chile. Nos centramos en tres pilares: las personas (el impacto humano), la productividad (las consecuencias económicas) y los sistemas de protección (las presiones del sistema y el panorama político) son factores que están configurando la prevención, la intervención temprana, el acceso al apoyo y la recuperación a largo plazo. El objetivo es ofrecer una visión clara y basada en la evidencia sobre el panorama de la salud mental en el país y destacar oportunidades selectas para la acción estratégica con el fin de fortalecer el bienestar, la resiliencia y la inclusión en los próximos años.

Para 2030, se prevé que las afecciones de salud mental afecten a más de 1 de cada 5 personas que viven en Chile



Impactos estimados en los sistemas de personas, productividad y protección (2030) Billones de CLP



Para 2030, se proyecta que una persona promedio que vive en Chile con una condición de salud mental se enfrentará a lo siguiente:

Mayor número de días de vida saludable perdidos



63 días

de vida saludable perdidos al año.

Menor brecha de empleo promedio



14 %

de brecha de empleo en comparación con las personas sin afecciones de salud mental.

Mayor promedio de días de licencia médica



5,6 días

de licencia médica adicional por motivos de salud mental al año.

Mayores gastos directos



43 %

de los costos del tratamiento cubiertos por gastos directos.

Mayor número de horas anuales de cuidados informales



81 horas

de cuidados informales recibidas al año.

Prevalencia: un sistema en transición hacia una identificación amplia y temprana

Chile está pasando rápidamente de un modelo en el que las enfermedades mentales permanecían en gran medida silenciadas, a uno en el que estas afecciones se reconocen cada vez más, aunque no siempre lo suficientemente pronto como para prevenir un impacto funcional.

Se estima que, en 2026, 4,2 millones de personas (el 21 % de la población) vivirán con una afección de salud mental, cifra que aumentará a 4,7 millones hasta 2030. Esto representa una tasa de crecimiento anual promedio de alrededor del 2,5 %, en el extremo superior de los mercados incluidos en el ámbito de aplicación.

Sin embargo, estas cifras generales ocultan un sistema en transición. Chile está pasando de un profundo subreconocimiento a una mayor visibilidad, y esto se manifiesta de manera diferente en cada generación:

- **Mayor prevalencia entre los grupos de edad más jóvenes:** se estima que más de una de cada cuatro personas (27 %) de entre 15 y 19 años vive con una afección de salud mental; un patrón similar, aunque no tan pronunciado, al de mercados con mayor toma de conciencia como Australia y el Reino Unido, donde las normas cambiantes favorecen la divulgación temprana y la búsqueda de ayuda.
- **Menor prevalencia entre los grupos de mayor edad:** entre los chilenos mayores que dan positivo en las pruebas de detección de depresión, se estima que solo el 18 % de los hombres y el 44 % de las mujeres reciben un diagnóstico formal,¹ lo que subraya cómo el estigma, la limitada capacidad de salud mental geriátrica y la menor búsqueda de ayuda retrasan el reconocimiento hasta que los síntomas interfieren significativamente con el funcionamiento diario.

1. Moreno, X. et al. [Subjective Assessments of Quality of Life Are Independently Associated with Depressive Symptoms among Older Adults Enrolled in Primary Care in Chile](#) (2022).

2. Beroíza-Valenzuela, F. [The challenges of mental health in Chilean university students](#) (2024).

El sistema dual de Chile, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) público y las *Instituciones de Salud Previsional* (ISAPRE) privadas, también contribuye a una visibilidad desigual. En las últimas tres décadas, los planes nacionales de salud mental han ampliado la atención pública comunitaria, aumentando así los puntos de acceso. Sin embargo, la identificación no siempre se traduce en un apoyo oportuno. Los estudiantes universitarios, por ejemplo, con frecuencia no reciben tratamiento debido al estigma y al acceso limitado al apoyo,² mientras que el tratamiento temprano sigue siendo más común en las vías privadas.

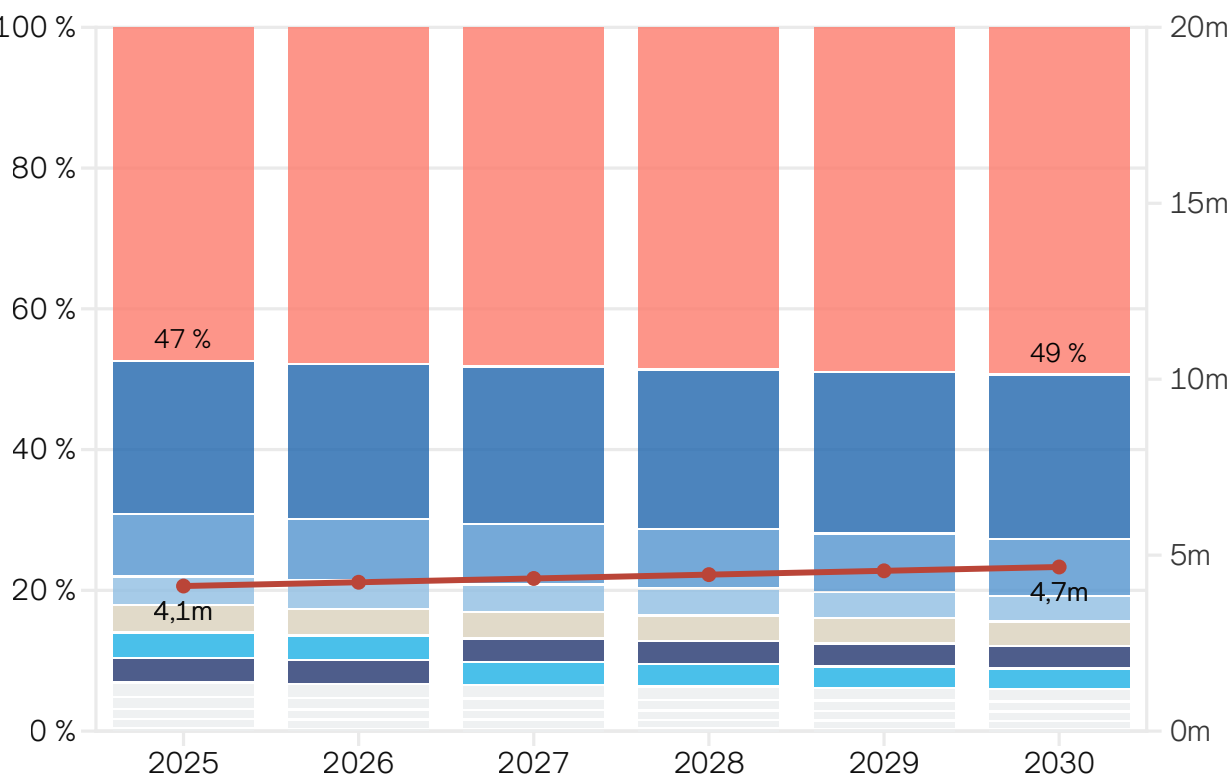
Por lo tanto, el perfil de prevalencia de Chile refleja un sistema en plena transición: las generaciones más jóvenes están impulsando una mayor visibilidad, pero el legado del reconocimiento tardío persiste para los adultos mayores y aquellos que dependen de vías públicas saturadas.



1 de cada 4

personas en Chile es propensa a tener una afección de salud mental para 2030.

Chile: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental (2025-2030)
Proyección de la proporción de casos por afección y número total de personas con una afección de salud mental (millones)



- Personas con una afección de salud mental
- Anorexia nerviosa
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastornos del espectro autista
- Trastorno bipolar
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de conducta
- Distimia
- Discapacidad intelectual del desarrollo idiopática
- Trastorno depresivo mayor
- Esquizofrenia
- Otros trastornos mentales

Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
El número total de personas con una afección de salud mental tiene en cuenta las comorbilidades.
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

La ansiedad es una señal de mayor visibilidad

Casi la mitad de todos los casos registrados (48 %) son trastornos de ansiedad, una proporción que coincide estrechamente con los mercados de mayor toma de conciencia, donde una identificación más amplia del malestar se ha convertido en la norma. Por el contrario, los mercados gestionados de manera más privada, como Malasia y los Emiratos Árabes Unidos, muestran porcentajes de ansiedad considerablemente menores (del 23 al 30 %), lo que refleja una menor búsqueda de ayuda. Por lo tanto, la trayectoria de Chile respalda la imagen de un país que avanza hacia una fase de identificación más temprana y más amplia.

Si bien la ansiedad sigue aumentando, el ritmo es moderado. Se prevé que la prevalencia crezca a un ritmo de aproximadamente el 3,7 % anual, notablemente más lento que el crecimiento anual del 5,3 % al 6,2 % observado en Australia, el Reino Unido y Malasia. Esto sugiere que Chile podría estar entrando en una etapa de estabilización, donde una parte sustancial de las necesidades previamente insatisfechas ya está emergiendo gracias a una mayor visibilidad.



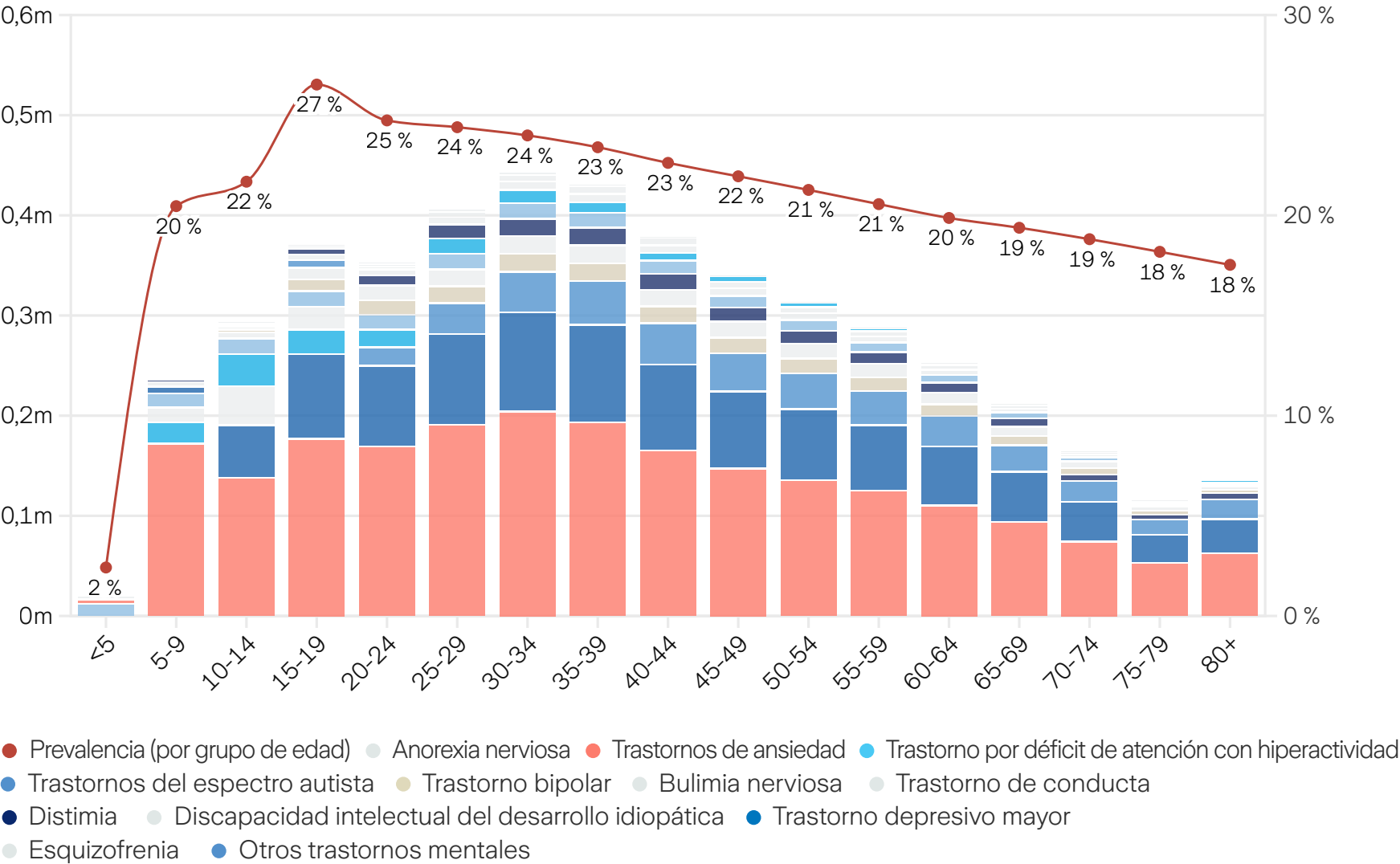
El trastorno depresivo mayor representa otro 22 % de los casos, pero destaca como la afección de más rápido crecimiento en Chile, con un crecimiento de alrededor del 4,3 % anual, un patrón que no se observa en otros mercados, donde la ansiedad sigue siendo el principal motor de crecimiento. El crecimiento se acelera a partir de los 35 a 39 años, lo que indica que la depresión está aumentando, o se está reconociendo cada vez más, en etapas posteriores de la vida, entre grupos de edad en los que el estigma y las barreras para acceder a la atención médica pueden haber limitado previamente su reconocimiento y diagnóstico.



“Para muchas mujeres al inicio de la edad adulta, los desafíos de salud mental surgen en el mismo momento en que las presiones económicas, las responsabilidades de cuidado y las expectativas sociales son más intensas, lo que genera una tensión invisible con consecuencias nacionales.”

Angeles Quintana, Head of Life and Health, Zurich Chile

Chile: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental por edad
Número de afecciones de salud mental (en millones) y tasa de prevalencia por grupo de edad.

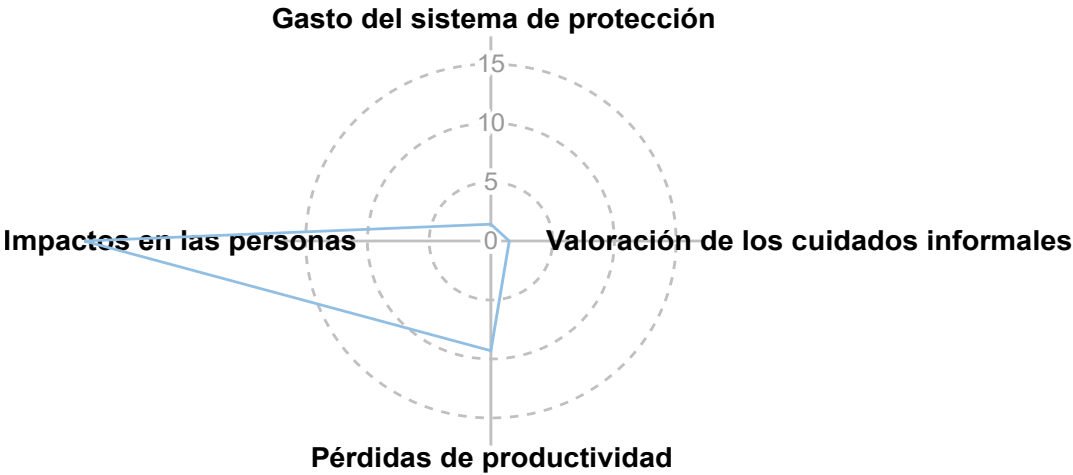


Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
La prevalencia proyectada por grupo de edad (%) Incluye comorbilidades.
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Un diagnóstico más amplio influye en las presiones sobre los sistemas de salud, bienestar y empleo.

Chile: impactos estimados en las personas, la productividad y los sistemas de protección (2030)

Billones de CLP



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Hasta 2030, a pesar de un gasto estimado de CLP 1,4 billones (0,4 % del PIB) en apoyo y protección de la salud mental, se prevé que las afecciones de salud mental resulten en aproximadamente:

CLP 33 billones

en pérdidas de bienestar relacionadas con la morbilidad y la mortalidad.

CLP 9 billones

en reducción de la participación laboral y aumento del ausentismo laboral.

CLP 1 billón

en el valor de los cuidados informales.

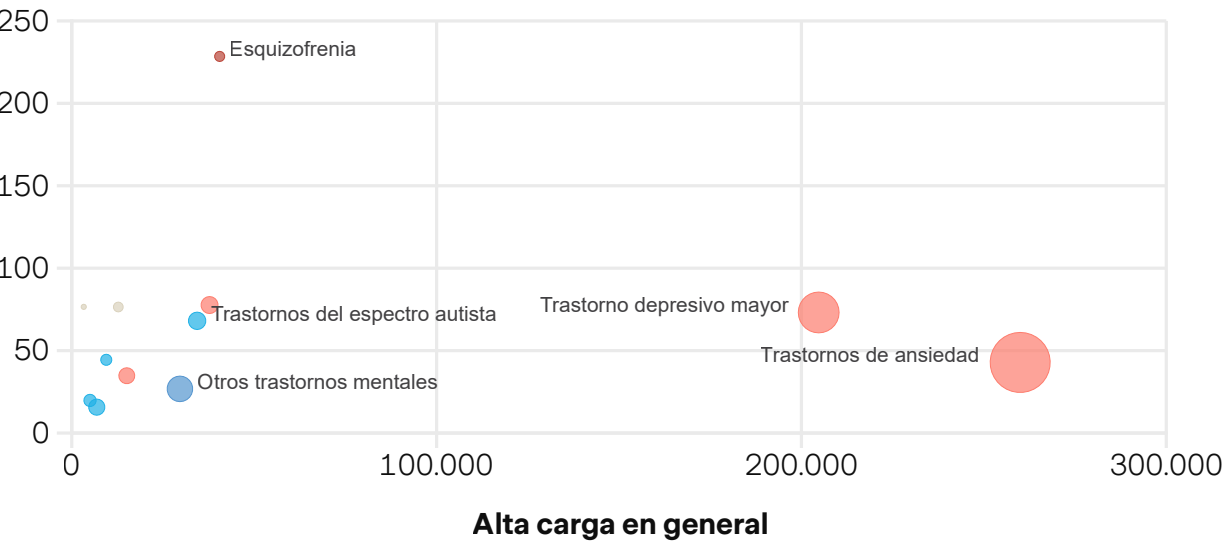
En conjunto, estas cifras ponen de relieve tanto la magnitud del impacto asociado a las afecciones de salud mental en Chile como la importancia de cómo se identifican y gestionan dichos trastornos. A medida que aumenta la toma de conciencia, la oportunidad resulta ahora evidente: convertir la creciente visibilidad en una participación más temprana y sostenida – antes de que las condiciones se agraven y provoquen un deterioro mayor, ausencias más prolongadas y una mayor presión sobre el sistema.

Personas: la magnitud y la gravedad son importantes

La creciente visibilidad de Chile ha hecho que las repercusiones de las enfermedades mentales en la vida cotidiana sean más claras y cuantificables. Se estima que, en 2026, las personas que viven con una enfermedad mental o se autolesionan perderán un promedio de 63 días de vida saludable cada año, lo que contribuirá a la pérdida de 738.000 años de vida saludable en todo el país y a casi CLP 30 billones en pérdidas de bienestar.³

Chile: impacto de las afecciones de salud mental en la morbilidad (2026)
Estimación de la discapacidad individual (días vividos con una discapacidad) y proporción de la carga total de la enfermedad (% del total de YLD) por afección.

Alta carga individual



- Trastornos de ansiedad, depresión y del estado de ánimo
- Trastornos alimentarios
- Trastornos del neurodesarrollo y de la conducta
- Trastornos psicóticos
- Otros trastornos mentales

Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Al igual que en otros mercados, la mayor parte de esta carga proviene de la morbilidad más que de la mortalidad prematura, y el 89 % de la pérdida total de años de vida saludable se debe a la erosión constante y prolongada del bienestar que afecta la forma en que las personas trabajan, estudian, crían a sus hijos y participan en la vida diaria.

Esta carga refleja la interacción entre escala y gravedad:

- **Afecciones de mayor prevalencia:** los trastornos de ansiedad y el trastorno depresivo mayor afectan a un gran número de personas, e incluso un deterioro moderado, cuando se experimenta a gran escala, provoca una pérdida sustancial de bienestar.

Los trastornos de ansiedad representan alrededor de 260.000 años vividos con discapacidad en 2026, lo que los convierte en el principal factor contribuyente (40 %) a la carga total de discapacidad en Chile. Su impacto no se debe tanto a la grave discapacidad diaria (un promedio de 43 días al año con discapacidad), sino a su persistencia y a su amplio alcance poblacional.

- **Condiciones de mayor gravedad:** aproximadamente la mitad de las pérdidas totales por morbilidad, el 51 % de los años vividos con discapacidad (YLD), se deben a afecciones con una discapacidad promedio superior a 60 días al año, como la anorexia, el autismo, el trastorno bipolar, la bulimia, el trastorno depresivo mayor y la esquizofrenia. En comparación, estas enfermedades representan el 66 % del total de años vividos con discapacidad (YLD) en Malasia, lo que refleja un menor volumen de afecciones con menor grado de discapacidad.

Estas condiciones requieren un apoyo constante y especializado, lo que, cuando la capacidad es limitada, supone una carga importante para las familias y las redes informales.

En conjunto, este perfil dividido implica dos prioridades complementarias: Intervenciones escalables que reduzcan el deterioro acumulativo en afecciones comunes, y servicios especializados de alta intensidad para trastornos graves o complejos en los que el retraso en el tratamiento conlleva consecuencias irreversibles.

3. Se ha aplicado un valor de USD 48.000 por año de vida estadístico y se ha convertido a CLP para reflejar las condiciones locales.

46

Divisiones de género en Chile

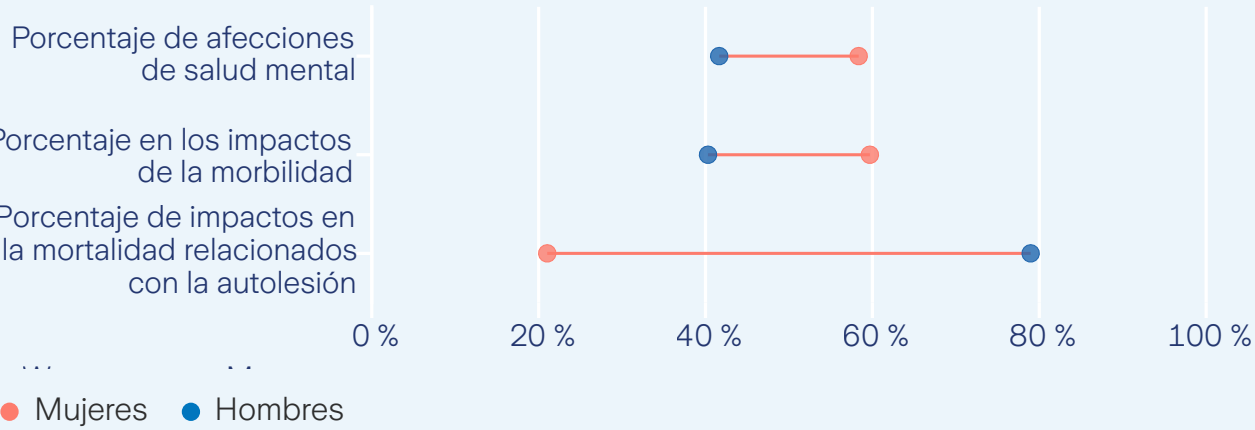
La prevalencia de las afecciones de salud mental en Chile muestra una persistente brecha de género.

La prevalencia entre las mujeres es significativamente mayor (el 25 % en comparación con el 18 % entre los hombres), un patrón que se mantiene en todos los grupos de edad y que resulta particularmente evidente en el caso del trastorno depresivo mayor, que se asocia con un promedio de unos 73 días vividos con discapacidad al año. La prevalencia de la depresión entre las mujeres es más del doble que entre los hombres (alrededor del 7 % frente al 3 %).

Estas diferencias son más pronunciadas durante la edad laboral (de 15 a 64 años). La mayor diferencia en la prevalencia, de aproximadamente 9 puntos porcentuales, se observa en el grupo de edad de 20 a 34 años, una etapa de la vida a menudo marcada por grandes exigencias de tiempo, responsabilidades de cuidado y un acceso limitado a apoyo flexible.

Chile: impactos proyectados de las afecciones de salud mental en el bienestar según el género (2026)

% del total de casos, YLD y YLL, por género



Fuentes primarias: [IHME \(2025\)](#), [Banco Mundial \(2025\)](#).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Estas presiones no solo aumentan el riesgo, sino que también intensifican el impacto acumulativo de las afecciones de salud mental, reforzando así las desigualdades de género más amplias. Las mujeres representan alrededor del 60 % de los casos de salud mental y de la morbilidad relacionada con la pérdida de años de vida saludables.

Sin embargo, es improbable que las brechas de género observadas reflejen únicamente las necesidades subyacentes. También señalan diferencias en el reconocimiento, la búsqueda de ayuda y la participación en los servicios de atención de salud mental. Por el contrario, los hombres se enfrentan a una carga desproporcionada de mortalidad relacionada con el suicidio, que representa el 79 % de todas las muertes relacionadas, lo que sugiere que son más vulnerables a resultados agudos y de crisis cuando la angustia no se reconoce o el apoyo se retrasa.



Productividad: el freno al potencial económico

Las afecciones de salud mental influyen profundamente en la trayectoria económica de Chile. Su impacto va mucho más allá del bienestar individual, provocando una menor participación en la fuerza laboral, licencias médicas prolongadas y una menor productividad en el trabajo.

En un mercado laboral definido por la certificación médica formal, las largas listas de espera para la atención especializada y la intervención más limitada por parte de los empleadores, las afecciones de salud mental se traducen directamente en pérdidas económicas grandes y persistentes. Estas pérdidas no se producen porque la gente se desvincule inmediatamente del trabajo, sino porque la recuperación y la reincorporación tardan demasiado.

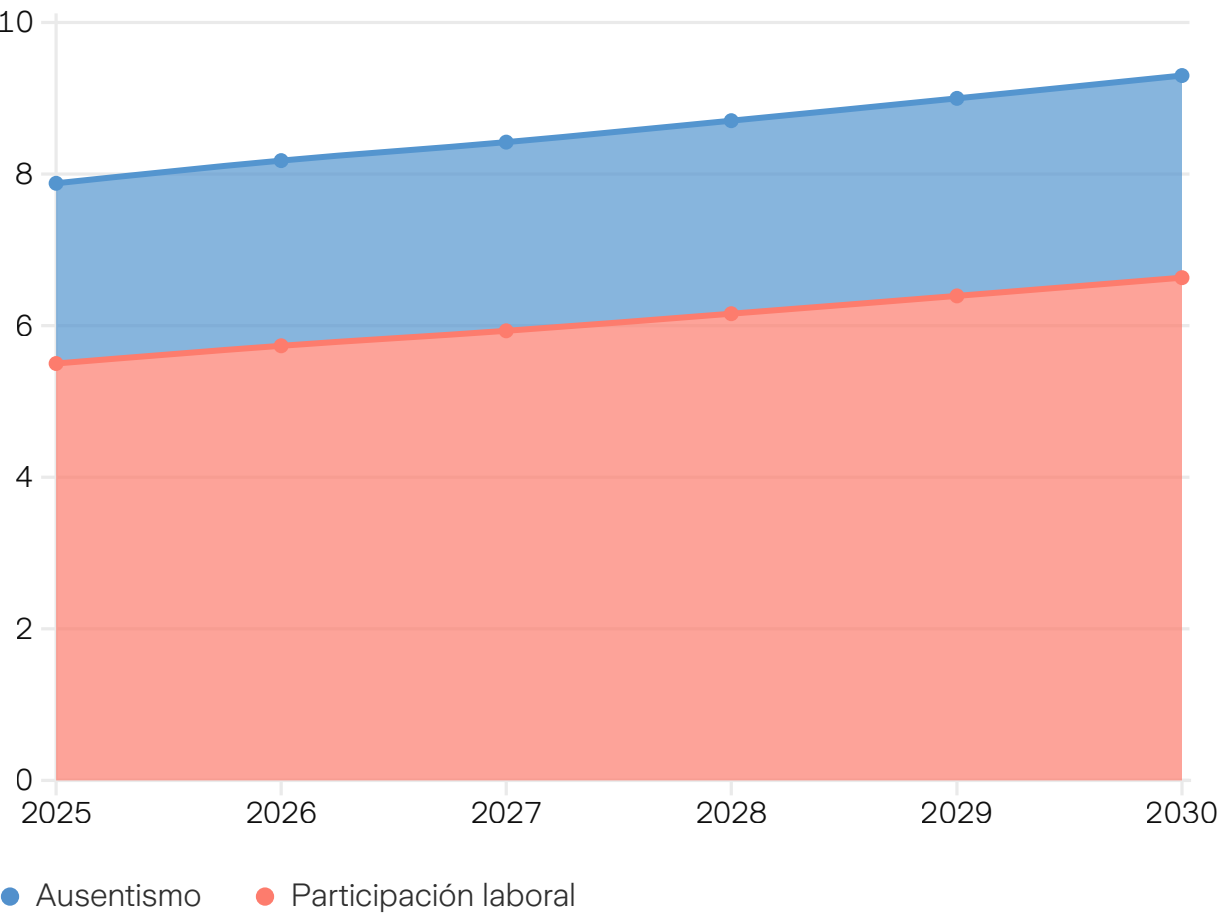
En 2026, se estima que el impacto combinado en la productividad derivado de la menor participación y el ausentismo laboral superará los CLP 8 billones, cifra que aumentará a CLP 9 billones en 2030 (un crecimiento anual promedio del 3,3 %). Estas pérdidas reflejan una mayor prevalencia y un aumento de los salarios, pero también características estructurales que determinan cómo interactúan las afecciones de salud mental con el trabajo: si las personas siguen vinculadas a su empleo y cuánto tiempo permanecen alejadas de él una vez que aparecen los síntomas.

Las pérdidas de participación son más moderadas

La mayor parte de la pérdida de productividad en Chile, alrededor del 70 % del total de 2026, proviene de la reducción de la participación de la fuerza laboral. Esto representa casi CLP 6 billones, equivalente al 1,6 % del PIB, impulsado por una brecha de empleo de 14 puntos porcentuales⁴ (54 % de empleo entre las personas con una condición de salud mental, frente al 69 % entre quienes no la presentan).

Si bien es considerable, la brecha de participación en Chile es más moderada que en algunos mercados de mayores ingresos, donde las afecciones de salud mental están asociadas con salidas mucho mayores y permanentes de la fuerza laboral. En Chile, muchas personas con un diagnóstico siguen trabajando formalmente, y las pérdidas de productividad están determinadas por la forma en que el sistema gestiona la relación entre los síntomas, la ausencia y la reincorporación al trabajo.

Chile: impacto económico proyectado de las afecciones de salud mental (2025-2030)
Ausentismo laboral y pérdidas de participación laboral asociadas con afecciones de salud mental, billones de CLP



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

4. Sin errores de redondeo.

El ausentismo es sorprendentemente alto

Chile registra niveles excepcionalmente altos de licencias médicas relacionadas con la salud mental en comparación con otros mercados. Se estima que el empleado promedio toma 5,6 días de licencia médica por motivos de salud mental al año.⁵ En total, esto equivale a unos 50 millones de días de licencia médica por motivos de salud mental en 2026, lo que representa más de CLP 2 billones en pérdida de producción (alrededor del 0,7 % del PIB).

El elevado ausentismo laboral registrado en Chile refleja cómo el sistema identifica y gestiona las ausencias. Tanto en el marco de Fonasa como de las ISAPRE, los empleados deben obtener una licencia médica expedida por un médico desde el primer día de enfermedad, a diferencia de muchos otros mercados. Esto crea un registro administrativo completo de las ausencias y puede ayudar a preservar la relación laboral durante los períodos de incapacidad certificada. En la práctica, la licencia médica certificada suele actuar como un amortiguador entre las afecciones de salud mental y la salida del mercado laboral, permitiendo a las personas mantener su empleo formal mientras controlan sus síntomas.

El problema es que el retraso en el acceso a la atención médica prolonga el tiempo de licencia médica. En el sector público, el tiempo medio de espera para una consulta psiquiátrica para adultos fue de 236 días en 2024,⁶ lo que refleja la presión constante sobre los servicios especializados. Con solo 8,5 psiquiatras por cada 100.000 personas,⁷ las limitaciones de capacidad a menudo significan que el sistema no puede intervenir lo suficientemente pronto. Lo que puede comenzar como un breve episodio de angustia puede convertirse en un período de ausencia formal y prolongado.

5. El ausentismo laboral se expresa como el promedio de días de licencia médica adicionales por trabajador relacionados con problemas de salud mental. La cifra incluye tanto a trabajadores con problemas de salud mental como a aquellos que no los tienen.

6. INDH. [Situación de los Derechos Humanos en Chile](#) (2024).

7. WHO. [Mental Health Atlas](#) (2020).

Una compensación de sistema distinta

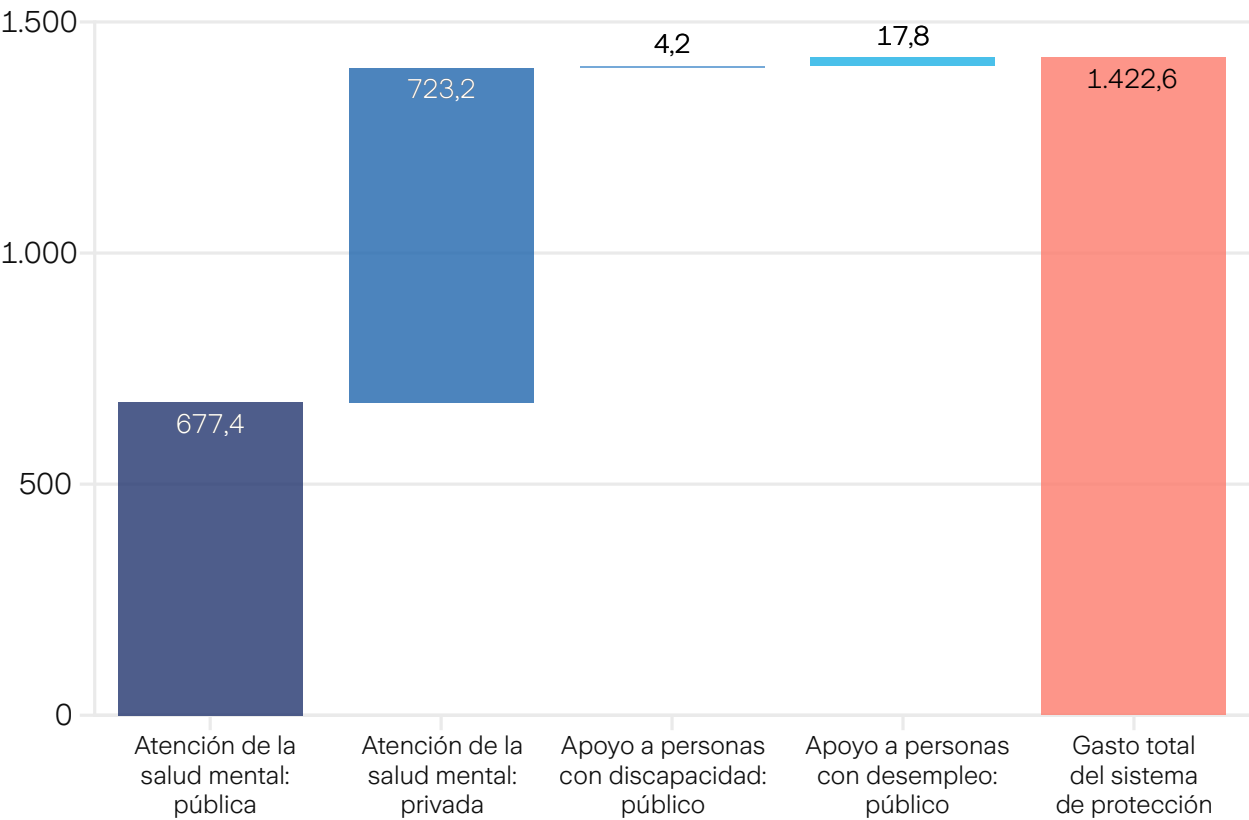
En comparación con los mercados donde las afecciones de salud mental suelen provocar el abandono de la fuerza laboral, el sistema de licencias médicas basado en la seguridad social en Chile puede ayudar a mantener a las personas formalmente vinculadas al empleo, pero tiene dificultades para acortar el tiempo necesario para recuperarse y reincorporarse. Anteriormente, una acción coordinada, que combinara el apoyo público y privado a la salud mental con vías de reinserción vinculadas al empleador, podría permitir a Chile mantener los beneficios de protección laboral de las *licencias médicas* al tiempo que reduce la duración y el costo de la ausencia. Esto representa una de las oportunidades más importantes del país para mantener a más personas sanas, productivas y conectadas con el trabajo, a medida que aumenta la toma de conciencia sobre la salud mental.



Sistemas de protección: un sistema dual con acceso desigual

Chile: sistemas de protección de la atención de la salud mental

Gasto proyectado, miles de millones de CLP



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

El gasto público y privado en servicios de salud mental sigue creciendo en un panorama complejo de financiación, prestación y cobertura. Se estima que en 2026 el gasto en protección de la salud mental superará CLP 1 billón (aproximadamente el 0,4 % del PIB, o más de CLP 304.000 por persona con afección de salud mental).

Este nivel de gasto es superior al de mercados con menor nivel de conocimiento, como Malasia y los Emiratos Árabes Unidos (0,1 % del PIB), pero está notablemente por debajo de sistemas con mayores ingresos y alto nivel de conocimiento, como Australia y el Reino Unido (1,0 y 1,4 % del PIB). A pesar de tener niveles similares de gasto total en atención médica (entre el 10 y el 11 % del PIB), Chile destina solo el 2 % de su presupuesto de salud a la salud mental, en comparación con el 7,6 % en Australia.⁸

Esto puede reflejar en parte una de las características que definen el sistema de salud chileno: su estructura de doble seguro.

Limitaciones de capacidad pública

El sistema público, Fonasa, cubre a alrededor de tres cuartas partes de la población.⁹ Se estima que el gasto público en salud mental ascenderá a CLP 614 mil millones en 2026: el 48 % del gasto en protección. La mayor parte de la financiación (CLP 550 mil millones) se destina a servicios de atención a la salud mental y productos farmacéuticos, y otros CLP 64 mil millones se asignan a programas y subvenciones de salud mental. El gasto público adicional incluye CLP 4 mil millones en subsidios por discapacidad para trabajadores y CLP 16 mil millones en ayudas por desempleo para personas con afecciones de salud mental.

8. OECD [Health At a Glance](#) (2023).
9. Diana Contreras; Srirama Bhamidipati; Sean Wilkinson. [Social vulnerability and spatial inequality in access to healthcare facilities: The case of the Santiago Metropolitan Region, Chile](#) (2023).

Los sucesivos Planes Nacionales de Salud Mental se han alejado de la atención psiquiátrica hospitalaria para adoptar un modelo comunitario basado en la Atención Primaria de Salud (APS). La APS constituye la columna vertebral de la atención a la salud mental, diseñada para permitir una evaluación temprana y un apoyo a corto plazo, sin necesidad de esperar la intervención de un especialista.

A pesar de la inversión sostenida y una clara orientación política, la capacidad dentro del sistema público sigue siendo desigual. La APS absorbe la demanda mediante evaluaciones dirigidas por médicos de cabecera, intervenciones psicológicas breves y seguimiento. Pero la escasez de personal implica que muchas personas aún se enfrentan a largas listas de espera para recibir atención especializada: El tiempo medio de espera para las consultas psiquiátricas para adultos en el sector público fue de 236 días en 2024.¹⁰

Cuando la APS no puede intervenir de forma temprana o con la suficiente intensidad, es más probable que las personas ingresen al sistema en una etapa más avanzada de su enfermedad, lo que aumenta tanto la gravedad clínica como los costos del sistema a largo plazo.

Acceso privado

La provisión privada ayuda a aliviar la presión sobre el sistema público, pero también refuerza las desigualdades estructurales en el acceso, la rapidez y los resultados, lo que influye en cuándo y cómo se identifican y tratan los trastornos.

Se estima que el gasto privado en salud mental ascenderá a CLP 654 mil millones en 2026. La mayor parte de esta cantidad, CLP 549 mil millones (84 %), refleja gastos directos, especialmente en psicoterapia y otros tratamientos no farmacológicos que solo se reembolsan parcialmente. Solo CLP 105 mil millones corresponden a primas de seguros voluntarios pagados a las ISAPRE, las compañías aseguradoras privadas que ofrecen una variedad de planes de atención médica, que generalmente brindan tiempos de espera más cortos y servicios más personalizados.

10. INDH. [Situación de los Derechos Humanos en Chile](#) (2024).

11. Mundt, A. P. *et al.* [The effects of national mental health plans on mental health services development in Chile](#) (2022).

12. Zitko, P. *et al.* [Implementing a Community Model of Mental Health Care in Chile: Impact on Psychiatric Emergency Visits](#) (2017).

Aspecto destacado

Planes nacionales de salud mental

Las reformas de salud mental en Chile han sido moldeadas por sucesivos Planes Nacionales de Salud Mental (PNSM) (1993, 2000 y 2017) que han orientado la atención hacia un sistema comunitario centrado en la atención primaria (la APS) y equipos multidisciplinarios.

Durante casi tres décadas, las camas de hospital psiquiátrico para estancias cortas y largas han disminuido drásticamente, de 19 a 2 por cada 100.000 personas,¹¹ a medida que la atención de urgencias se trasladó a hospitales generales y entornos comunitarios. Esta reconfiguración ha impulsado la expansión de viviendas protegidas, hospitales psiquiátricos de día y servicios ambulatorios, fortaleciendo la base para un apoyo continuo liderado por la comunidad.

Los servicios de salud que implementaron completamente el modelo han registrado un 21 % menos de visitas de emergencia psiquiátricas que aquellos con implementación parcial.¹² Pero los resultados siguen siendo desiguales. El acceso y la calidad varían significativamente según la región, debido a las diferencias en la capacidad de la mano de obra, la implementación local y la coordinación entre los servicios públicos, privados y especializados.

Los Planes Nacionales de Salud Mental ofrecen una visión nacional clara. El reto ahora consiste en convertir esa visión en un acceso coherente y equitativo en todas las regiones, una de las mayores oportunidades que tiene Chile para acelerar una recuperación más temprana y estable.

A pesar de la existencia de seguros privados, Chile mantiene una carga relativamente alta de gastos directos por atención de salud mental. La cobertura varía considerablemente entre los planes de ISAPRE, y el reembolso de los tratamientos no farmacológicos sigue siendo limitado.

Esto da lugar a un sistema de salud mental de dos velocidades: las personas con recursos económicos pueden acceder a una atención más rápida y continua, mientras que otras se enfrentan a mayores costos, tiempos de espera más prolongados o retrasos en el diagnóstico.

Un sistema informal que soporta la carga

El sistema de salud mental de Chile también depende en gran medida de la atención informal, proporcionada predominantemente por mujeres. En 2026, se estima que 378.000 cuidadores informales proporcionaron más de 5 millones de horas de cuidados no remunerados cada semana, lo que equivale a 273 millones de horas anuales o más de CLP 1 billón al año. Esta contribución oculta supera el gasto total público y privado en atención a la salud mental, y sin ella, los servicios formales no podrían satisfacer la demanda.



CLP 1,5 billones

es el valor de los cuidados informales que se brindarán a personas con afecciones de salud mental en Chile para 2030.

La carga de los cuidados informales sigue claras diferencias según el género y el nivel socioeconómico. Las mujeres asumen la mayor parte de las responsabilidades de cuidado, a menudo compaginándolas con un trabajo remunerado y el cuidado de los hijos o de familiares mayores. Los hogares de bajos ingresos brindan el mayor volumen de cuidados a la vez que cuentan con el menor respaldo financiero, y el cuidado a menudo limita la participación en el mercado laboral, lo que refuerza los ciclos de desventaja y vulnerabilidad del hogar.¹³

Los servicios de relevo, la capacitación, el apoyo psicosocial y la asistencia para la orientación dentro del sistema público de salud reducirían el agotamiento, mejorarían los resultados y fortalecerían la resiliencia económica general de Chile.

13. Zitko, P. *et al.* [Implementing a Community Model of Mental Health Care in Chile: Impact on Psychiatric Emergency Visits](#) (2017).

Desde la atención tardía hasta la estabilidad temprana: ¿dónde se encuentra la próxima oportunidad de Chile?

Chile ahora tiene una visión inusualmente clara de su panorama en materia de salud mental. Un sistema de licencias médicas altamente formalizado revela patrones que permanecen ocultos en otros países; la APS actúa cada vez más como primer punto de contacto; y los sucesivos Planes Nacionales de Salud Mental ya han trasladado la atención médica de los hospitales psiquiátricos a entornos comunitarios y de atención primaria. El reto que tenemos por delante no es reconocer las afecciones de salud mental, Chile lo hace de forma más transparente que la mayoría, sino intervenir precozmente para evitar la escalada y el abandono a largo plazo.

La siguiente fase requiere conectar los componentes del sistema con los que Chile ya cuenta, los APS, los empleadores, las compañías aseguradoras, los servicios comunitarios de salud mental y las familias, para que el apoyo llegue antes de que las personas se hayan retirado del trabajo, la educación o el cuidado de otras personas. Esto significa lo siguiente:

- 1. Hacer de la intervención temprana el sistema por defecto:** las largas listas de espera para recibir atención especializada implican que la APS debe funcionar como un motor de intervención temprana más eficaz, y no simplemente como un punto de derivación. La evaluación rápida, el apoyo psicológico breve, el seguimiento proactivo y la ampliación del acceso a la psicología y el asesoramiento en la atención primaria acortarían el tiempo de respuesta inicial y evitarían que la situación se agravara. El fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios de APS y los centros comunitarios de salud mental reduciría la presión sobre los servicios especializados, limitaría el deterioro y protegería la participación antes de que la ausencia se arraigue.
- 2. Cambiar de la ausencia certificada a la participación apoyada:** las licencias médicas de Chile brindan visibilidad, pero no continuidad. Las personas pueden pasar de una crisis a una licencia médica certificada sin un plan coordinado para mantenerse vinculadas al trabajo o reincorporarse de forma segura. Los planes estructurados para permanecer en el trabajo y reincorporarse a él, que incluyan tareas graduales, horarios escalonados, ajustes temporales y planificación conjunta entre los equipos de los APS, los empleadores y las compañías aseguradoras, permitirían a las personas controlar sus síntomas sin dejar de ser económicamente activas.

- 3. Apoyar a los cuidadores como infraestructura fundamental:** las medidas específicas, como el respiro, la capacitación de los cuidadores, la asistencia para la orientación y el apoyo psicosocial integrados en los APS, reducirían el agotamiento, protegerían la participación en el mercado laboral y fortalecerían la resiliencia del sistema.

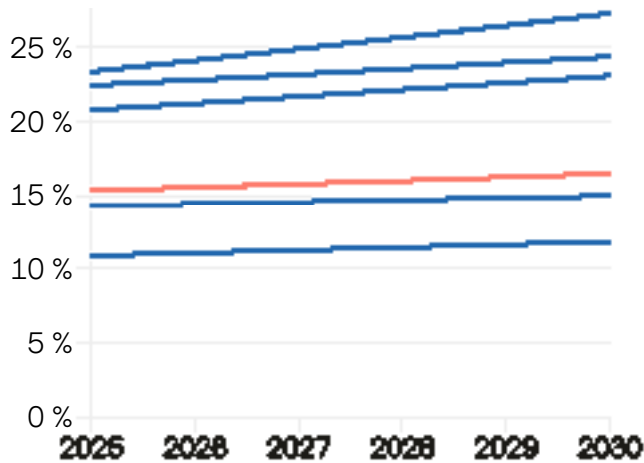
La tarea que tenemos por delante es clara: actuar con mayor antelación, conectar los componentes del sistema y diseñar vías de atención y trabajo que impidan que los síntomas se conviertan en crisis y que las ausencias breves se conviertan en largos periodos de inactividad. Al pasar de una intervención tardía a una estabilización temprana, Chile puede fortalecer el bienestar, la participación y la resiliencia de la población en edad laboral, y convertir las presiones del sistema actual en la base para una década más saludable e inclusiva.



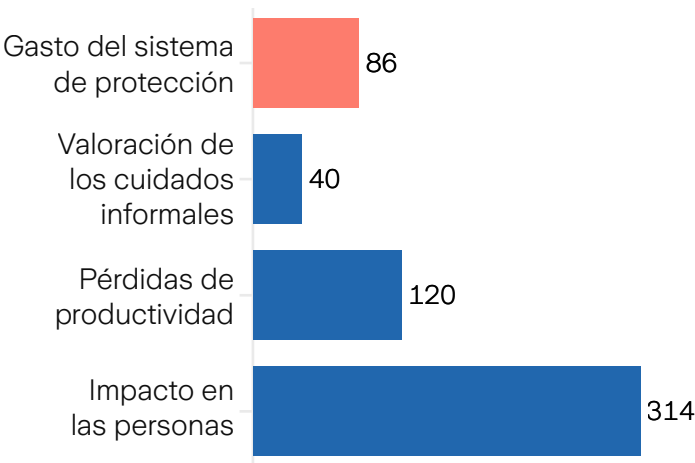
Un sistema integral con una carga juvenil cada vez mayor

Esta sección reúne los datos, modelos y análisis de políticas más recientes para comprender la magnitud, los factores determinantes y las implicaciones de las afecciones de salud mental en Alemania. Nos centramos en tres pilares: las *personas* (el impacto humano), la *productividad* (las consecuencias económicas) y los *sistemas de protección* (las presiones del sistema y el panorama político) son factores que están configurando la prevención, la intervención temprana, el acceso al apoyo y la recuperación a largo plazo. El objetivo es ofrecer una visión clara y basada en la evidencia sobre el panorama de la salud mental en el país y destacar oportunidades selectas para la acción estratégica con el fin de fortalecer el bienestar, la resiliencia y la inclusión en los próximos años.

Se prevé que para 2030, las afecciones de salud mental afecten a más de 1 de cada 6 personas que viven en Alemania



Impactos estimados en los sistemas de personas, productividad y protección (2030) Miles de millones de EUR



Para 2030, se prevé que una persona promedio que vive en Alemania y padece una enfermedad mental se enfrente a lo siguiente:

Mayor cantidad de días de vida saludable perdidos



67 días

de vida saludable perdidos al año.

Menor brecha promedio de empleo



17 %

de brecha de empleo en comparación con las personas sin afección de salud mental.

Mayor promedio de días de licencia médica



2.5 días

de licencia médica adicional por motivos de salud mental al año.

Mayor brecha promedio de empleo



10 %

de los costos del tratamiento cubiertos por gastos directos.

Mayor cantidad de horas anuales de atención informal



89 horas

de cuidados informales recibidas al año.

Prevalencia: una carga creciente para un sistema sólido

El panorama de la salud mental en Alemania refleja un sistema construido sobre sólidos cimientos institucionales: un gasto elevado, una amplia cobertura psiquiátrica, una tradición de psicoterapia de larga data y un seguro de salud universal que garantiza el acceso a un nivel que pocos otros mercados pueden igualar. Estas características determinan cómo se reconocen las necesidades precoces, con qué rapidez las personas pueden acceder al apoyo y con qué eficacia el sistema puede absorber la creciente demanda.

También podrían ayudar a explicar por qué Alemania ha mantenido una prevalencia relativamente estable, incluso cuando el número absoluto de personas que viven con afecciones de salud mental se acerca a los 13 millones, lo que representa aproximadamente el 16 % de la población.

Sin embargo, esta estabilidad oculta cambios importantes en quiénes se ven afectados y cómo. Las generaciones más jóvenes muestran una necesidad mucho mayor y de crecimiento más rápido, con una prevalencia que alcanza su punto máximo al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta. La divulgación más temprana, la reducción del estigma y una mayor implicación de las escuelas y la atención primaria hacen que un espectro más amplio de angustia relacionada con la ansiedad y las situaciones de malestar esté llegando ahora a los sistemas formales.

Al mismo tiempo, las preocupaciones menos graves entre los adultos a menudo permanecen fuera de los entornos clínicos, y las afecciones con mayor grado de discapacidad siguen predominando en los diagnósticos registrados, lo que sugiere umbrales comparativamente más altos para el diagnóstico formal.

Estas dinámicas estructurales dan forma a la carga que supone para la salud mental el país en general. Los sólidos mecanismos de acceso a los servicios de salud mental en Alemania permiten que muchas personas reciban apoyo antes, pero la presión sobre el mercado laboral, el creciente malestar entre los jóvenes y la creciente demanda de terapias psicológicas están poniendo a prueba la capacidad en áreas clave. Las normas culturales, el apoyo familiar y las diferencias socioeconómicas también influyen en quién busca ayuda y cuándo, lo que genera una visibilidad desigual entre los distintos grupos de edad y comunidades.

El perfil de Alemania se caracteriza por una alta capacidad, pero con una creciente presión que amenaza la estabilidad: un sistema con las herramientas para responder eficazmente, pero cada vez más definido por la demanda impulsada por los jóvenes, las necesidades complejas y el reto de incorporar un apoyo más temprano y preventivo en la vida cotidiana. La tarea ahora consiste en aprovechar la sólida base de Alemania para brindar apoyo más cerca de donde surge la necesidad, al tiempo que se ayuda a las personas a desarrollar la resiliencia necesaria para evitar que la angustia temporal se convierta en un abandono a largo plazo.

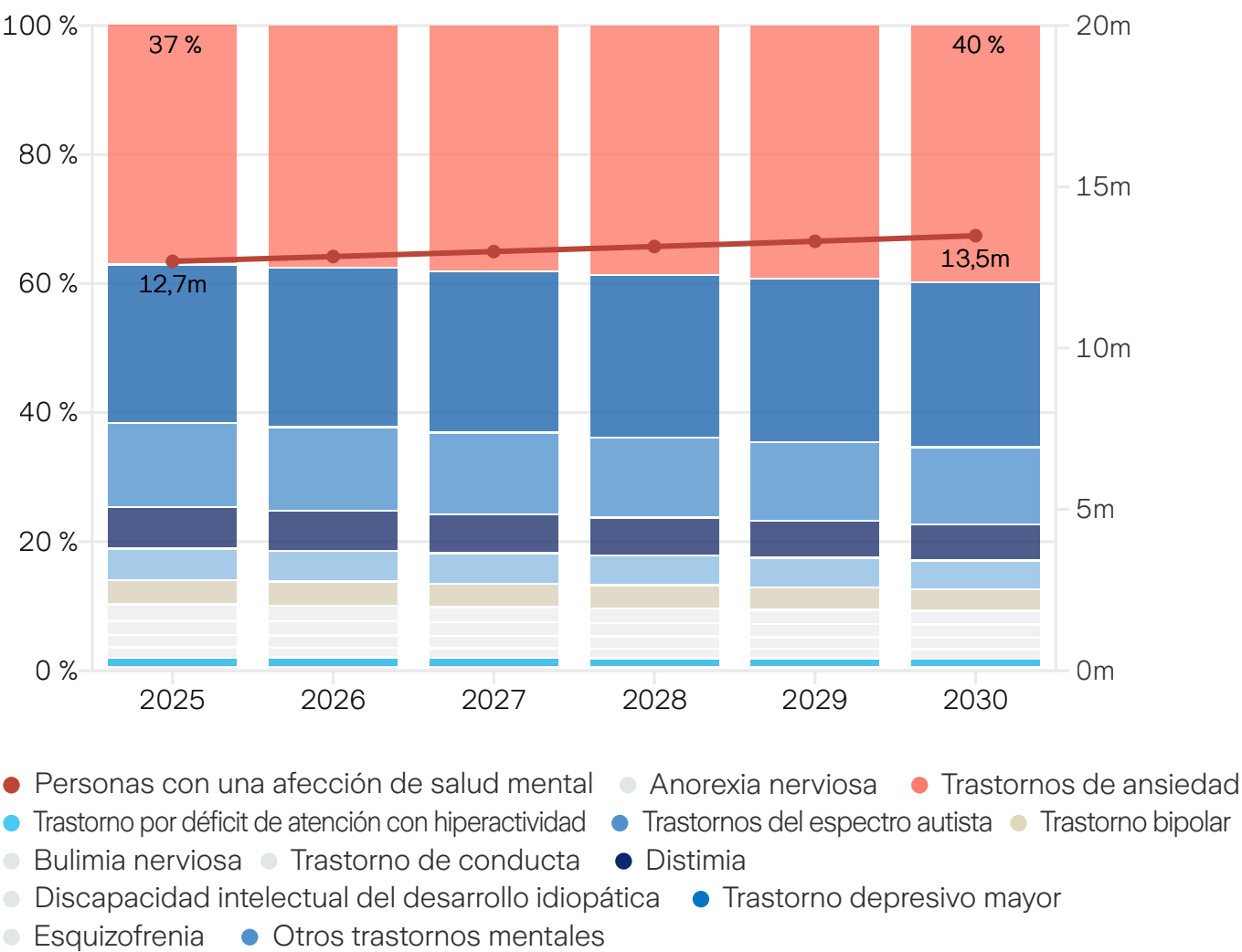


1 de cada 3

15- to 19-year-olds (30 %) in Alemania are estimated to be living with a mental health condition.

Alemania: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental (2025-2030)

Proyección de la proporción de casos por afección y número total de personas con una afección de salud mental (millones)



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
El número total de personas con una afección de salud mental tiene en cuenta las comorbilidades.
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

¿Una carga más estable?

Si bien los datos no permiten llegar a conclusiones firmes sobre la gravedad, los hallazgos apuntan a un modelo más equilibrado de alta visibilidad e identificación temprana, sin una inflación generalizada de la prevalencia.

La prevalencia registrada en Alemania se sitúa en el rango medio de los países examinados, en torno al 16 % de la población en 2026, con un crecimiento lento del 1,2 % anual.

Al igual que en la mayoría de los demás mercados, la ansiedad representa la mayor proporción de casos en Alemania (38 %), con una proporción similar de afecciones con mayor deterioro.¹ Esto sitúa a Alemania entre mercados de mayor visibilidad como Australia y el Reino Unido, donde el malestar relacionado con la ansiedad constituye una mayor proporción, y países como Malasia y los Emiratos Árabes Unidos, donde las afecciones más graves son más comunes.

Estos patrones podrían sugerir un sistema en el que una participación más temprana y amplia pueda coexistir con una prevalencia estable cuando la capacidad, los umbrales y las vías de atención estén alineados para apoyar tanto la resiliencia personal como las necesidades de mayor impacto.

Una carga elevada entre los adolescentes

La alta prevalencia entre los adolescentes, que alcanza un máximo de casi uno de cada tres (30 %) de los jóvenes de entre 15 y 19 años, también apunta a una participación temprana, pero esto no se ha traducido en un rápido crecimiento de la prevalencia general.

La elevada concentración de afecciones de salud mental entre los grupos de edad más jóvenes, incluyendo, de forma preocupante, más de uno de cada cinco (22 %) de los niños de entre 10 y 14 años, sugiere que Alemania está experimentando una curva de salud mental con una incidencia temprana, donde las afecciones de salud mental aparecen antes y, posiblemente, de forma más persistente que en los adultos mayores.

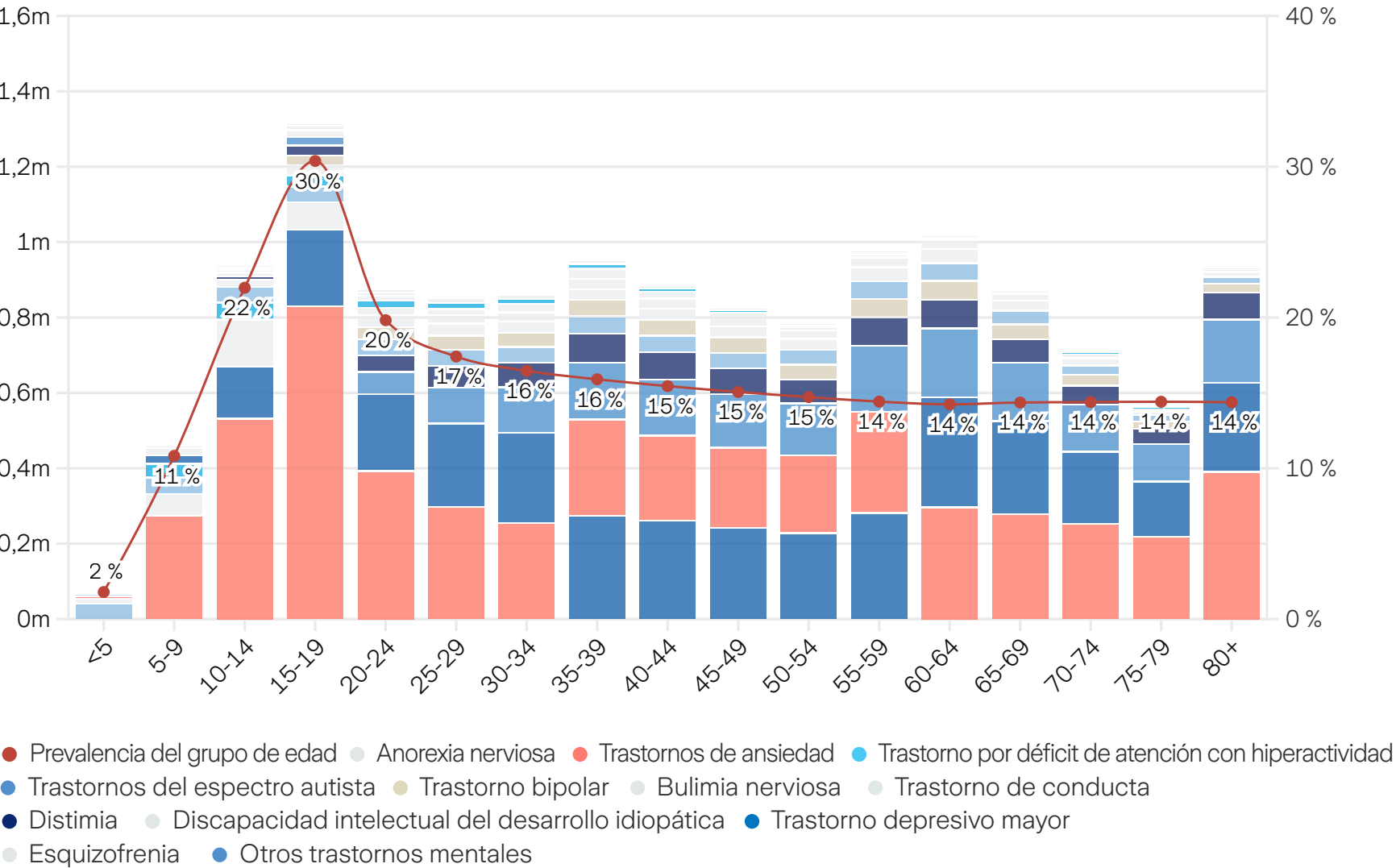
1. En promedio, cada persona pierde más de 60 días de vida saludable al año.

Parte de esta tendencia puede reflejar una mayor toma de conciencia y una reducción del estigma, lo que lleva a una identificación más temprana de las necesidades. Las escuelas, la atención pediátrica y los equipos de atención primaria identifican cada vez más las afecciones de salud mental de forma precoz, lo que aporta beneficios reales: Acceso más rápido a la terapia, menor deterioro y mejor funcionamiento en la escuela y en el hogar. Sin embargo, esta tendencia también puede indicar un aumento real de la necesidad, impulsado por factores como la presión académica, la exposición a las redes sociales y el estrés asociado a las grandes transiciones vitales.

En cualquier caso, el patrón subyacente es claro: en Alemania, las afecciones de salud mental están apareciendo a edades más tempranas, y la intensidad entre adolescentes y preadolescentes supera con creces la carga observada en los adultos.



Alemania: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental por edad (2026)
Número de afecciones de salud mental (millones) y tasa de prevalencia por grupo de edad



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
La prevalencia proyectada por grupo de edad incluye comorbilidades.
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

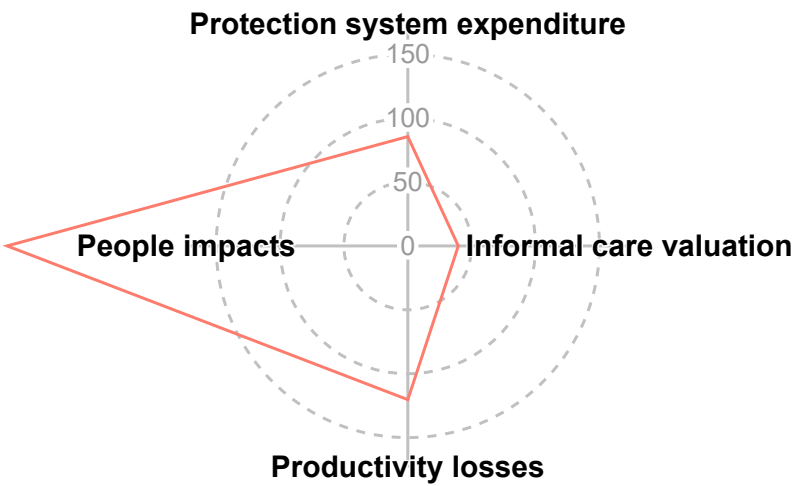
Un legado de gestión informal

Si bien los jóvenes tienen cada vez más visibilidad en el sistema de salud mental, los patrones entre los adultos mayores son menos evidentes, no necesariamente porque la carga sea menor, sino porque los síntomas se reportan con menos frecuencia. Al igual que en los Emiratos Árabes Unidos, el trastorno depresivo mayor representa una mayor proporción de los casos registrados que los trastornos de ansiedad entre los grupos de mayor edad (de 35 a 59 años), invirtiendo el patrón observado en la mayoría de los demás mercados examinados.

Esto sugiere una brecha de visibilidad, donde los adultos mayores pueden parecer menos afectados porque muchos síntomas permanecen sin reportar, sin reconocer o sin codificar en los datos clínicos. Un estudio nacional muestra que el 15 % de los adultos que dan positivo en una prueba de detección de un indicador de salud mental no informan necesitar atención de salud mental; la necesidad percibida es incluso menor entre las personas con menor nivel educativo formal.²

Alemania: impactos estimados en las personas, la productividad y los sistemas de protección (2030)

Miles de millones de EUR



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Esto puede indicar una gran capacidad de adaptación personal, con mayores umbrales para buscar atención médica y diagnóstico formal. Alternativamente, podría indicar deficiencias persistentes en el reconocimiento y la adopción de medidas, que pueden ser consecuencia de una menor participación digital, un estigma más fuerte o síntomas enmascarados por el envejecimiento, el deterioro físico y las comorbilidades.

Estas tendencias tienen repercusiones que van mucho más allá del diagnóstico de salud mental. Para 2030, a pesar de los casi EUR 86 mil millones (1,8 % del PIB) en gasto público y privado combinado en apoyo y protección de la salud mental, se proyecta que las afecciones de salud mental darán como resultado casi:

EUR 314 mil millones

en pérdidas de bienestar relacionadas con la morbilidad y la mortalidad.

EUR 120 mil millones

en reducción de la participación laboral y aumento del ausentismo laboral.

EUR 40 mil millones

en el valor de los cuidados informales.

2. Walther L, Vogelsang F, Thom J, Hölling H, Grobe TG, Frerk T, Marschall U, Peitz D. [Assessing Perceived Need for Mental Healthcare Among Adults in Alemania](#) (2025).

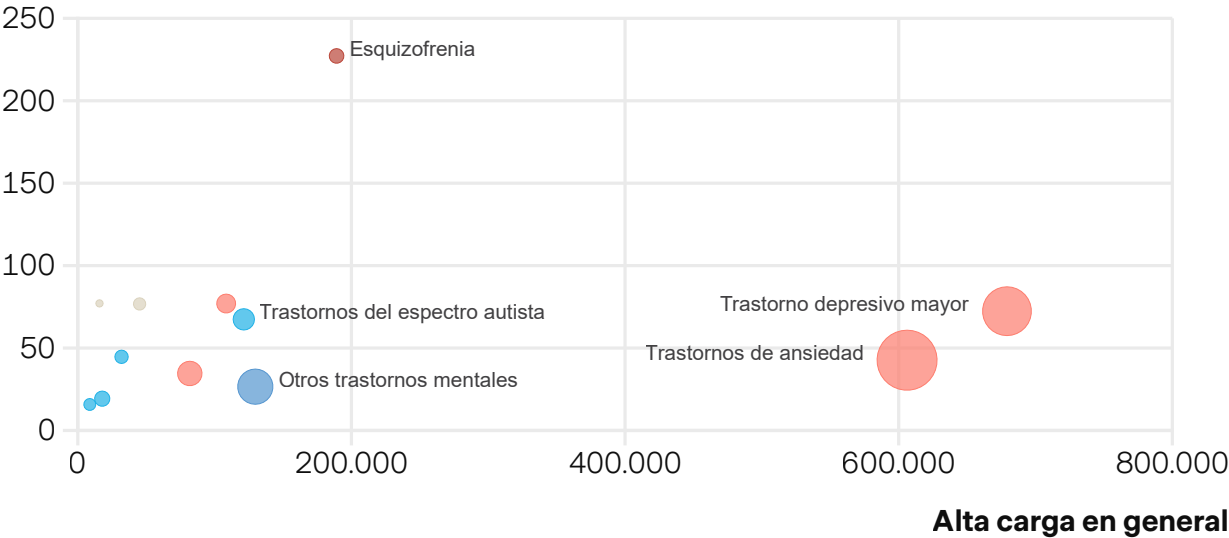
Personas: un alto costo personal

Se estima que, en 2026, una persona que viva en Alemania con una afección de salud mental o que se autolesione perderá 67 días de vida saludable cada año, la cifra más alta entre los seis países examinados, lo que refleja una combinación única de afecciones de salud mental.

Alemania: impacto de las afecciones de salud mental en la morbilidad (2026)

Estimación de la discapacidad individual (días vividos con una discapacidad) y proporción de la carga total de la enfermedad (% del total de YLD), por afección

Alta carga individual



- Trastornos de ansiedad, depresión y del estado de ánimo
- Trastornos del neurodesarrollo y de la conducta
- Otros trastornos mentales
- Trastornos alimentarios
- Trastornos psicóticos

Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

A nivel nacional, esto equivale a más de 2 millones de años de vida saludable perdidos, valorados en aproximadamente EUR 297 mil millones en 2026.³ La mayor parte de esta carga (85 %) se debe a la morbilidad, más que a la mortalidad prematura.

La magnitud y la gravedad son importantes

La carga que supone la salud mental en Alemania refleja dos realidades:

- **Condiciones de menor deterioro:** los trastornos de ansiedad representan aproximadamente el 38 % de las afecciones registradas en Alemania, en comparación con el 49 al 51 % en el Reino Unido y Australia. Debido a que estas afecciones afectan a muchas personas, incluso una discapacidad moderada a esta escala tiene un impacto sustancial en el bienestar, representando el 30 % del total de años vividos con discapacidad (YLD) en 2026.
- **Condiciones de mayor deterioro:** En comparación, el trastorno depresivo mayor es mucho más incapacitante, resultando en 72 días vividos con discapacidad, en comparación con 43 días para la ansiedad. Aunque es menos común que la ansiedad, contribuye en mayor medida a la pérdida de bienestar (34 % del total de YLD).

En conjunto, representan más de 1 millón de años, o casi dos tercios (64 %) de toda la vida sana que se perderá en 2026.

Este perfil dividido sugiere dos prioridades claras: intervenciones escalables que reduzcan el deterioro acumulativo en las afecciones más comunes, y servicios especializados de alta intensidad para los casos graves o complejos.

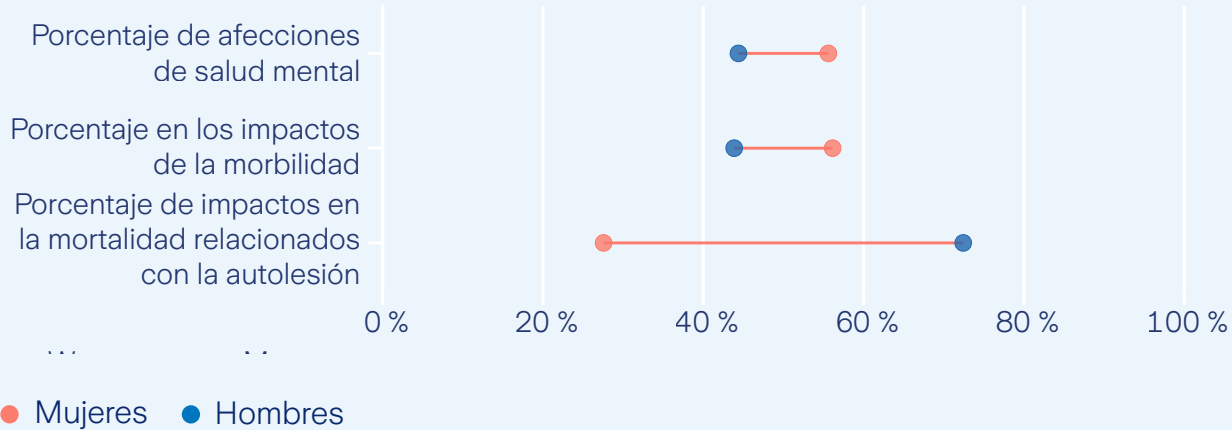
3. Se ha aplicado el valor de un año de vida estadístico de USD 156.000 y se ha convertido a EUR para reflejar las condiciones locales.

Brechas de género en Alemania

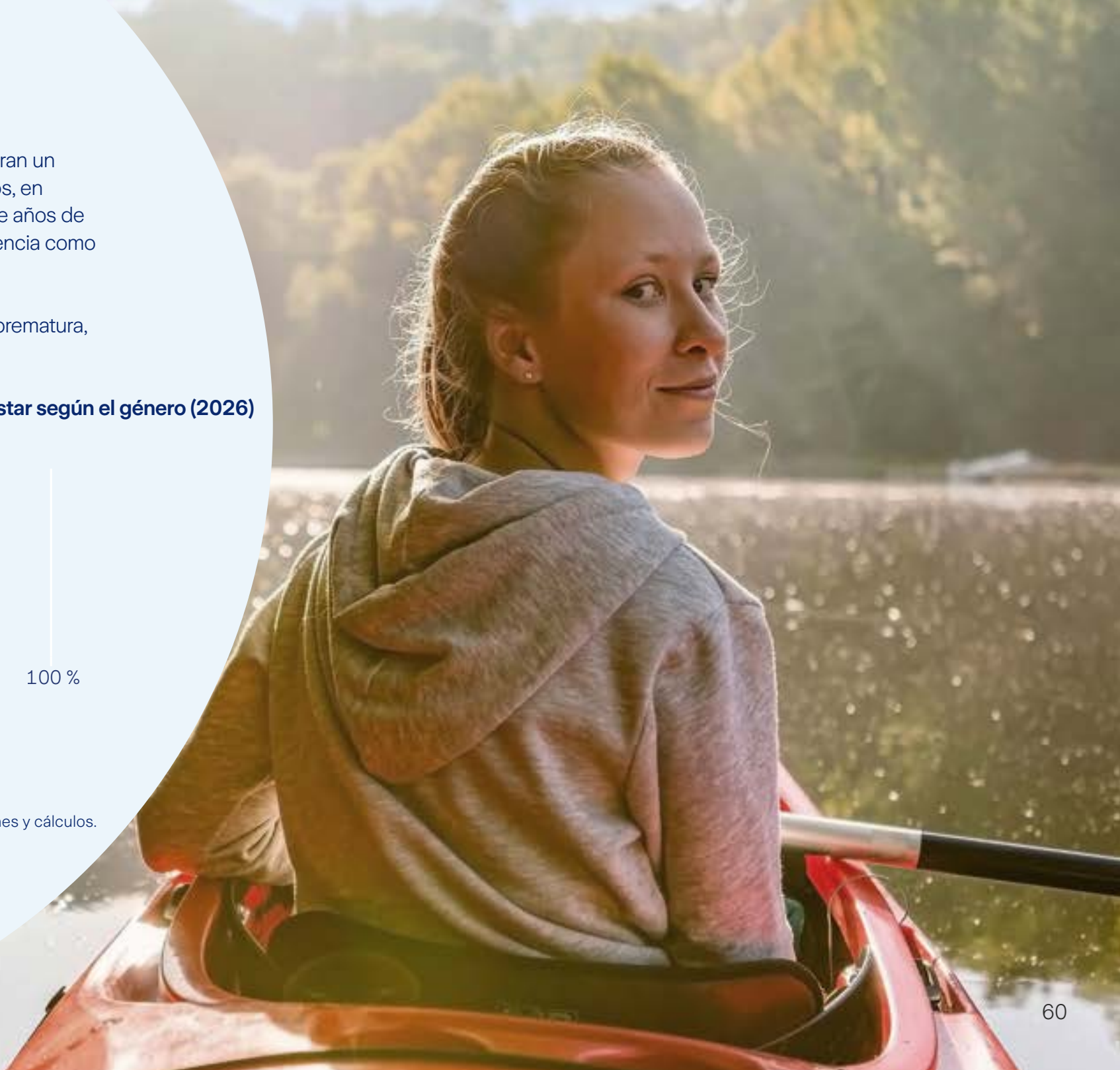
Al igual que en otros mercados, las afecciones de salud mental en Alemania muestran un patrón de género bien definido. Las mujeres representan el 56 % de todos los casos, en comparación con el 44 % de los hombres, y experimentan una proporción similar de años de vida saludable perdidos debido a la morbilidad. Esto refleja tanto una mayor prevalencia como un crecimiento más rápido entre las mujeres.

Los hombres, por el contrario, se enfrentan a una mayor proporción de mortalidad prematura, representando el 72 % de todas las muertes atribuibles al suicidio.

Alemania: impactos proyectados de las afecciones de salud mental en el bienestar según el género (2026)
% del total de casos, YLD y YLL, por género



Fuentes primarias: [IHME \(2025\)](#), [Banco Mundial \(2025\)](#).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.



Productividad: un mercado laboral fuerte soporta una carga creciente

Las enfermedades mentales influyen en la trayectoria económica de Alemania de maneras que a menudo se subestiman. El impacto no solo se nota cuando las personas abandonan el trabajo por completo, sino también en la acumulación gradual de horas reducidas y períodos repetidos de ausencia. En un mercado laboral con salarios altos y altamente regulado, estos patrones se traducen directamente en pérdidas económicas sustanciales.

En 2026, se estima que el impacto combinado en la productividad derivado de la reducción de la participación y el ausentismo ascenderá a EUR 110 mil millones, cifra que aumentará a EUR 120 mil millones en 2030.

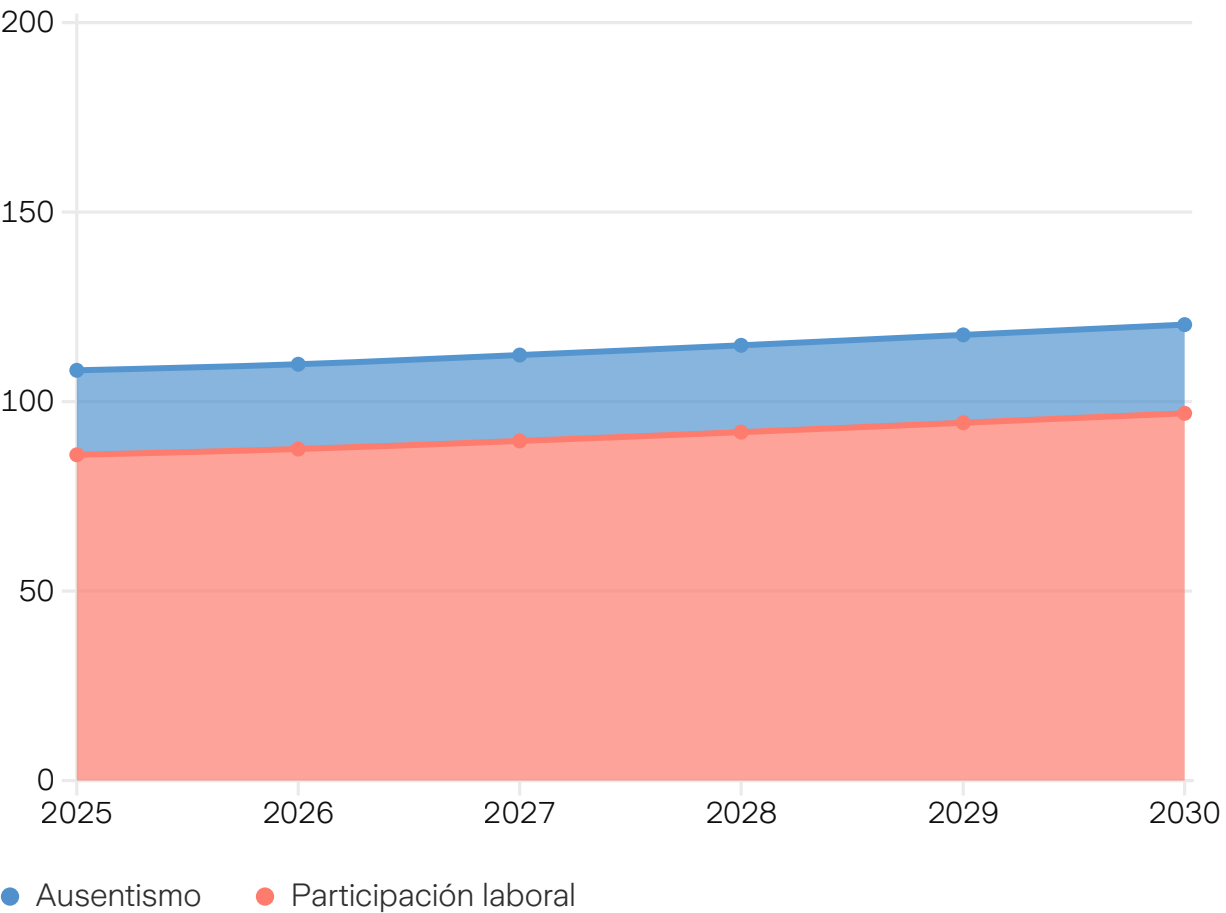
Una brecha de empleo amplia y persistente

Aproximadamente el 80 % de las pérdidas en 2026 se deben a la reducción de la participación de la fuerza laboral, lo que asciende a un total de EUR 87 mil millones, equivalente al 1,9 % del PIB. Esto se debe a una brecha de empleo de 17 puntos porcentuales entre las personas con y sin afecciones de salud mental (61 % de empleo para quienes tienen afecciones de salud mental, en comparación con el 78 % para quienes no las tienen).

Si bien esta brecha es menor que la cifra observada en el Reino Unido (29 %), aún representa a decenas de miles de personas que podrían trabajar, quieren trabajar y se beneficiarían del trabajo, pero que no pueden mantener su participación sin un apoyo oportuno. En un mercado laboral con salarios altos, cada período de inactividad o reducción de la jornada laboral conlleva un costo económico sustancial.

Esto pone de relieve el valor económico de un acceso más temprano a un apoyo eficaz, ya sea en la atención primaria, en el lugar de trabajo o mediante un acceso más rápido a la psicoterapia, incluso antes de considerar los beneficios clínicos individuales.

Alemania: impacto económico proyectado de las afecciones de salud mental (2025-2030)
Ausentismo laboral y pérdidas de participación laboral asociadas a afecciones de salud mental, miles de millones de EUR



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Ausentismo laboral y presentismo

A diferencia de la brecha de empleo, las licencias médicas relacionadas con la salud mental en Alemania son significativamente más altas que en el Reino Unido, lo que sugiere que las personas se mantienen formalmente vinculadas al empleo, pero con largos períodos para recuperarse y reincorporarse.

Los trabajadores alemanes se toman un promedio de 2,5 días de licencia médica relacionados con la salud mental al año.⁴ Esto supone 98 millones de días de licencia médica relacionados con la salud mental en 2026, con un costo superior a los EUR 22 mil millones en pérdida de producción (0,5 % del PIB), cifra que aumentará a EUR 23 mil millones en 2030

Sin embargo, estas cifras no tienen en cuenta el presentismo, que se produce cuando las personas siguen trabajando estando enfermas y rinden por debajo de su capacidad. En consonancia con los patrones observados en la OCDE, la subnotificación de enfermedades mentales entre algunos adultos sugiere que el presentismo probablemente desempeña un papel importante, aunque actualmente no cuantificado, en la productividad general. En consecuencia, es casi seguro que la verdadera carga económica de las enfermedades mentales está subestimada.

Reducir el ausentismo laboral y prevenir el presentismo no son solo cuestiones operativas para los empleadores, sino que son esenciales para prevenir la inactividad a largo plazo. Mientras más tiempo esté una persona de licencia médica debido a una afección de salud mental, menor será la probabilidad de que regrese al trabajo. Una actuación coordinada desde el principio, tanto en la atención primaria como en el trabajo, acorta la recuperación, protege la participación y reduce la pérdida de productividad futura.

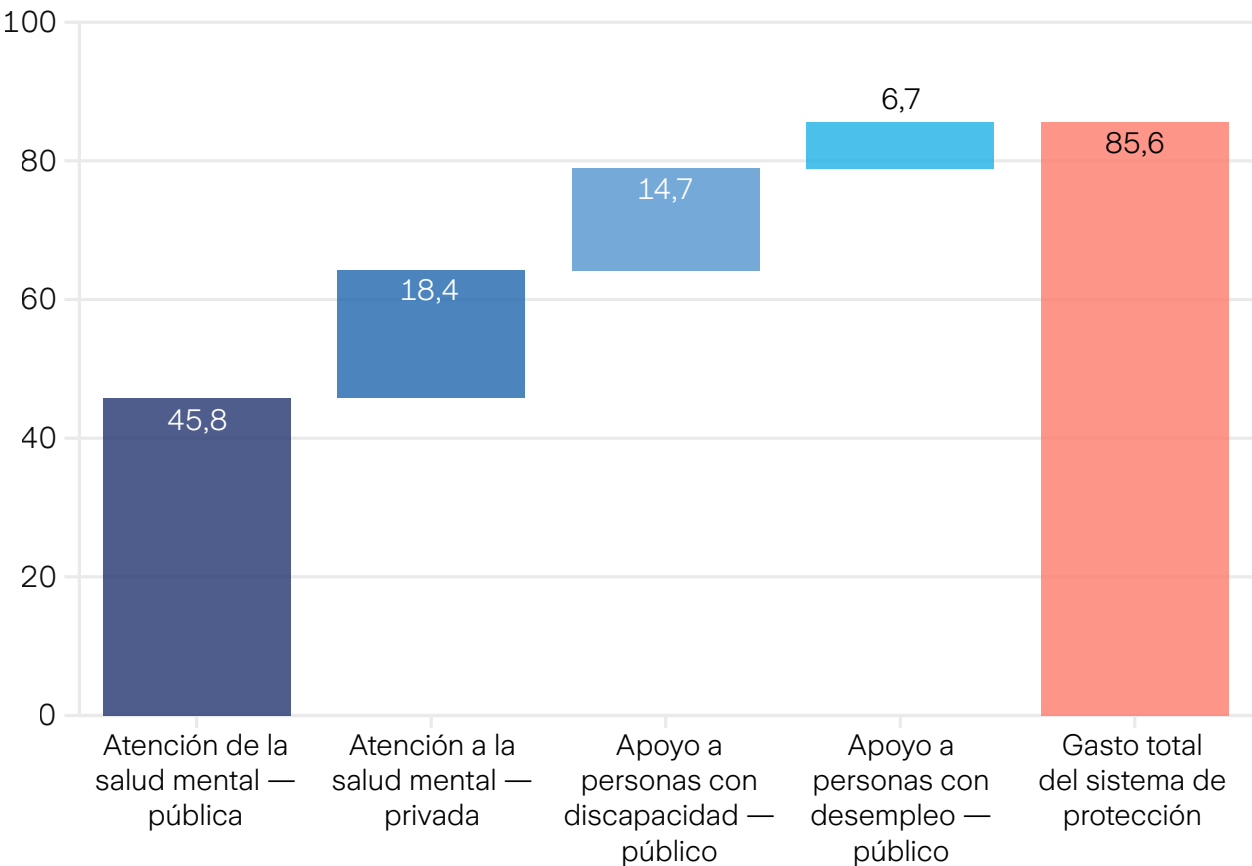
4. El ausentismo laboral se expresa como el promedio de días de licencia médica adicionales por trabajador relacionados con la salud mental. La cifra incluye tanto a trabajadores con problemas de salud mental como a aquellos que no los tienen.



Sistemas de protección: instituciones sólidas, pero una ejecución desigual.

Alemania: sistemas de protección de la atención de la salud mental (2030)

Gasto previsto, miles de millones de EUR



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Se estima que el gasto total en el sistema de protección de la salud mental (excluida la atención informal) ascenderá a casi EUR 82 mil millones en 2026 (alrededor del 1,8 % del PIB). Se prevé que esta cifra aumente hasta alcanzar cerca de EUR 86 mil millones en 2030.

El sistema de salud mental de Alemania se financia mediante múltiples fuentes: Seguro obligatorio, seguro privado, contribuciones del empleador, gastos directos y una vasta capa de cuidados informales no remunerados. Esta combinación de financiación y responsabilidad hace que el sistema alemán sea a la vez integral y complejo. Para comprender cómo se satisfacen las necesidades de atención de salud mental, es necesario analizar no solo cuánto se gasta, sino también cómo estas características estructurales influyen en el acceso, la rapidez y la distribución del apoyo en todo el estado, las compañías aseguradoras, los empleadores y las familias.

Un sistema de doble vía

El sistema alemán de protección de la salud mental se basa en un modelo de doble seguro que influye considerablemente en el acceso, la rapidez de la atención y la visibilidad de las afecciones de salud mental. En su esencia se encuentra el sistema legal, *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), que cubre a casi el 90 % de la población a través de cotizaciones sociales basadas en los ingresos. GKV garantiza un amplio acceso a la atención de la salud mental, que incluye psicoterapia, tratamiento psiquiátrico y medicamentos, prestados a través de una red nacional de proveedores ambulatorios y hospitales.

El gasto público en atención a la salud mental representa el 79 % de esta cifra, estimada en casi EUR 44 mil millones en 2026. Más allá de los servicios clínicos, el gasto público también cubre aproximadamente lo siguiente:

- EUR 9 mil millones en prestaciones de seguridad social.
- EUR 5 mil millones en servicios sociales relacionados con la salud mental.
- EUR 6 mil millones en ayudas por desempleo para personas con afecciones de salud mental.

En conjunto, se estima que el gasto público total en salud mental ascenderá a EUR 64 mil millones en 2026, cifra que aumentará a EUR 67 mil millones en 2030.

Acceso privado

Paralelamente, opera *Private Krankenversicherung* (PKV), que asegura a un porcentaje menor de empleados con mayores ingresos, funcionarios públicos y trabajadores autónomos. PKV suele ofrecer un acceso más rápido, mayor flexibilidad a la hora de elegir proveedores y un mayor reembolso por la psicoterapia.

El sistema privado añade una capa adicional de gasto, que ascenderá a EUR 18 mil millones en 2030. Del total de 2026, alrededor de EUR 6 mil millones se destinan a primas de seguros privados voluntarios, mientras que EUR 3 mil millones reflejan el gasto de los empleadores. También incluye EUR 9 mil millones en gastos directos, especialmente para psicoterapia a la que se accede fuera de la cobertura del seguro obligatorio, así como para servicios que solo reciben un reembolso parcial.

Un sistema de dos velocidades

Estas dos vías implican que las mismas afecciones de salud mental pueden manifestarse a ritmos diferentes, dependiendo de si la persona ingresa a través del GKV o del PKV. Esto afecta

no solo a los tiempos de espera, sino también a cuándo se diagnostican, codifican y contabilizan las afecciones. Las personas con cobertura privada o recursos económicos suficientes pueden acceder a un apoyo psicológico más flexible, rápido y amplio, mientras que quienes dependen de la atención pública a menudo se enfrentan a esperas más largas y a menos opciones de reembolso.

Alemania también tiene una de las mayores densidades de personal psiquiátrico de Europa: 28,9 psiquiatras por cada 100.000 habitantes,⁵ sin embargo, las personas aún enfrentan tiempos de espera promedio de 66,7 días entre el contacto inicial y una sesión de psicoterapia de prueba, y de 112,1 días entre el contacto inicial y una cita de psicoterapia según las directrices.⁶ Estas presiones reflejan un sistema con fuertes derechos pero una capacidad desigual, particularmente en especialidades de alta demanda como la psicoterapia.

Una fuerza laboral oculta de cuidadores

Existe otro nivel de apoyo que se sitúa completamente al margen de los servicios formales. En 2026, más de 2 millones de cuidadores informales de salud mental en Alemania brindaron casi 21 millones de horas de atención no remunerada cada semana, lo que equivale a más de mil millones de horas al año, valoradas en casi EUR 37 mil millones. Esto no es un gasto público, sino el valor económico del trabajo que las familias ya realizan: ayudar con las rutinas diarias, el cumplimiento de la medicación, el transporte, las citas médicas y el apoyo emocional.

A pesar de la solidez del sistema formal alemán, este no podría funcionar sin este apoyo informal.

5. Eurostat. [Physicians by category](#) (2025).
6. Kruse, J. *et al.* [Outpatient Psychotherapy in Alemania](#) (2024).



Aspecto destacado

Hospitales FIT

Una de las reformas más significativas de Alemania en materia de salud mental ha sido la introducción de programas de Tratamiento Flexible e Integrado (FIT) en los hospitales psiquiátricos. A diferencia del modelo tradicional, en el que los hospitales reciben un reembolso por día de hospitalización, el programa FIT se financia a través de presupuestos globales para tratamientos, lo que brinda a los hospitales la libertad de proporcionar atención en el entorno que mejor funcione: hospitalización, hospital de día, atención ambulatoria o atención domiciliaria. Esto elimina el incentivo para mantener a los pacientes hospitalizados más tiempo del necesario y permite que el mismo equipo de atención permanezca con el paciente en diferentes entornos.

La evidencia procedente de 12 estudios de grupos que abarcan 36.069 pacientes muestra que los hospitales FIT frenaron el aumento del uso de la atención médica para pacientes hospitalizados. Con el tiempo, los días de hospitalización en los hospitales FIT aumentaron mucho menos que en los hospitales de atención rutinaria, una diferencia equivalente a evitar alrededor de cinco días de hospitalización por paciente.⁴¹ Muchos programas FIT redujeron los días de hospitalización en general, y las estancias fueron más cortas. Además, era más probable que los pacientes pasaran sin problemas de un entorno de tratamiento a otro, ya que el mismo equipo clínico podía acompañarlos durante todo su tratamiento.

Estos hallazgos sugieren que los modelos de financiación flexibles e integrados pueden reducir la presión sobre las unidades de hospitalización, al tiempo que favorecen una atención más estable y centrada en la persona.

7. Neumann, A. *et al.* [Changes in patient care through flexible and integrated treatment programs in German psychiatric hospitals: meta analyses based on a series of controlled claims-based cohort studies \(2024\)](#).

De la estabilidad a la escalabilidad: ¿dónde se encuentra la próxima oportunidad de Alemania?

Alemania inicia la próxima década con una de las infraestructuras de atención a la salud mental más sólidas entre las economías avanzadas: Un seguro universal, una larga tradición en psicoterapia y una amplia plantilla de especialistas. Históricamente, estos recursos han permitido al país absorber altos niveles de necesidades de atención de salud mental sin caer en una crisis del sistema.

Pero a medida que aumentan las necesidades, el reto consiste en desplegar esta infraestructura antes, con mayor flexibilidad y más cerca de donde surge la necesidad por primera vez. Esto significa:

- 1. Fortalecer el acceso temprano para los jóvenes y, al mismo tiempo, fomentar la resiliencia a lo largo de la vida:** dado que la prevalencia es mayor entre adolescentes y adultos jóvenes, la mayor oportunidad para Alemania reside en ampliar las vías de acceso rápido e intervención temprana en escuelas, servicios para jóvenes, atención primaria y psicoterapia infantil y adolescente. Al brindar apoyo a los jóvenes desde una etapa temprana, y al combinar la atención clínica con habilidades que fomenten la confianza, la capacidad de afrontamiento y la regulación emocional, Alemania puede evitar que el malestar leve o episódico se convierta en una discapacidad de larga duración.
- 2. Abordar las afecciones que provocan la mayor pérdida de años de vida saludable:** los trastornos de ansiedad y depresión son responsables de casi dos tercios de la pérdida de años de vida saludables en Alemania. Ampliar el uso de terapias basadas en la evidencia, modelos de atención escalonada y apoyo para la prevención de recaídas es fundamental, pero los resultados mejoran aún más cuando se combinan con herramientas que ayudan a las personas a controlar los síntomas, mantener rutinas y recuperar la estabilidad con el tiempo. Los enfoques integrados, como el FIT, que reducen la dependencia de la atención hospitalaria y facilitan transiciones más fluidas entre diferentes entornos, demuestran cómo las vías flexibles pueden reforzar tanto la recuperación clínica como la resiliencia personal.

- 3. Proteger la participación laboral mediante un apoyo coordinado:** más del 80 % de las pérdidas de productividad en Alemania se deben a la reducción de la participación laboral, y no a las ausencias de corta duración. Las adaptaciones laborales tempranas, los planes estructurados de reincorporación al trabajo y una mayor coordinación entre empleadores, atención primaria y las compañías aseguradoras pueden ayudar a mantener el vínculo con el trabajo y evitar que una interrupción a corto plazo se convierta en una salida definitiva.

Si se actúa con prontitud y se fomenta tanto la participación como la resiliencia personal, Alemania puede garantizar que la creciente necesidad no socave la estabilidad, sino que se convierta en el catalizador de un sistema de atención a la salud mental más adaptable e inclusivo.

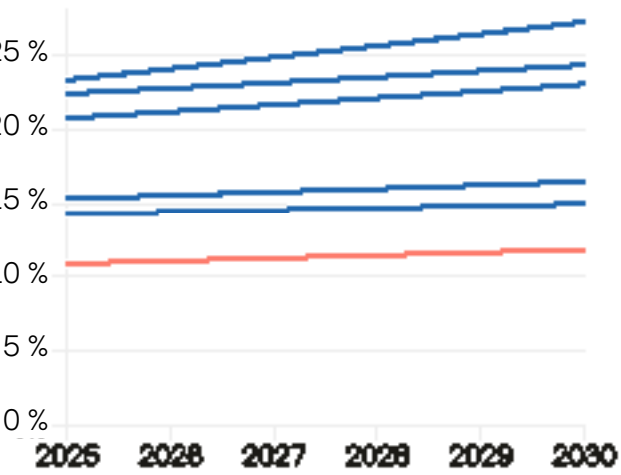




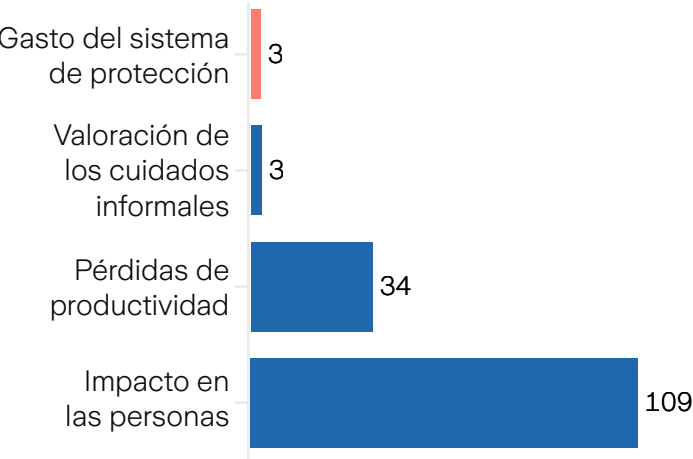
Un problema privado

Esta sección reúne los datos, modelos y análisis de políticas más recientes para comprender la magnitud, los factores determinantes y las implicaciones de las afecciones de salud mental en Malasia. Nos centramos en tres pilares: las *personas* (el impacto humano), la *productividad* (las consecuencias económicas) y los **sistemas de protección** (las presiones del sistema y el panorama político) son factores que están configurando la prevención, la intervención temprana, el acceso al apoyo y la recuperación a largo plazo. El objetivo es ofrecer una visión clara y basada en la evidencia sobre el panorama de la salud mental en el país y destacar oportunidades selectas para la acción estratégica con el fin de fortalecer el bienestar, la resiliencia y la inclusión en los próximos años.

Para 2030, se proyecta que las afecciones de salud mental afectarán a 1 de cada 9 personas que viven en Malasia (11,8 %)



Impactos estimados en los sistemas de personas, productividad y protección (2030)
Miles de millones de RM



Para 2030, se prevé que una persona promedio que vive en Malasia y padece una enfermedad mental se enfrente a lo siguiente:

Menor número de días de vida saludable perdidos



62 días

de vida saludable perdidos al año.

Mayor brecha promedio de empleo



18 %

de brecha de empleo en comparación con las personas sin afección de salud mental.

Menor promedio de días de licencia médica



0,5 días

de licencia médica adicional por motivos de salud mental al año.

Mayores gastos de bolsillo



42 %

de los costos del tratamiento cubiertos por gastos directos.

Pocas horas anuales de cuidados informales



35 horas

de cuidados informales recibidas al año.

Prevalencia: la prevalencia registrada es relativamente baja, pero subestima la necesidad real

Se prevé que para 2030, más de 4 millones de personas en Malasia vivirán con una afección de salud mental. Con aproximadamente el 12 % de la población, esto sitúa a Malasia por debajo de otros mercados en cuanto a prevalencia general. Al mismo tiempo, se prevé que Malasia experimente una de las tasas de crecimiento más rápidas, con un crecimiento anual promedio del 2,8 %.

Los factores estructurales que dan forma a este patrón son los siguientes:

- **Estigma social:** en Malasia, la salud mental sigue tratándose como un asunto privado, lo que lleva a gestionar el malestar de forma informal o a retrasar la búsqueda de ayuda. Las investigaciones sugieren que hasta cuatro de cada cinco personas con un trastorno mental podrían no estar accediendo a atención profesional, siendo el estigma, la falta de información y las ideas erróneas las principales barreras.¹
- **Vías de acceso:** el diagnóstico generalmente requiere la evaluación de un especialista, en lugar de realizarse de forma rutinaria en la atención primaria. Esto eleva el umbral para el diagnóstico, sesgando los casos registrados hacia presentaciones más graves.
- **Costo y continuidad de la atención:** los servicios públicos de salud mental suelen ser asequibles y accesibles, pero la atención a menudo se presta entre varios profesionales clínicos. Dada la complejidad y la naturaleza a largo plazo de muchas afecciones de salud mental, esto puede dificultar la evaluación, la planificación del tratamiento y el seguimiento eficaces. Los proveedores privados suelen permitir una relación terapéutica continua, pero el tratamiento solo es accesible para quienes pueden pagarlo.
- **Limitaciones de capacidad:** la disponibilidad de especialistas sigue siendo baja según los estándares internacionales, con menos de 2 psiquiatras por cada 100.000 habitantes,² lo que contribuye a retrasos en el diagnóstico y limita un seguimiento constante.

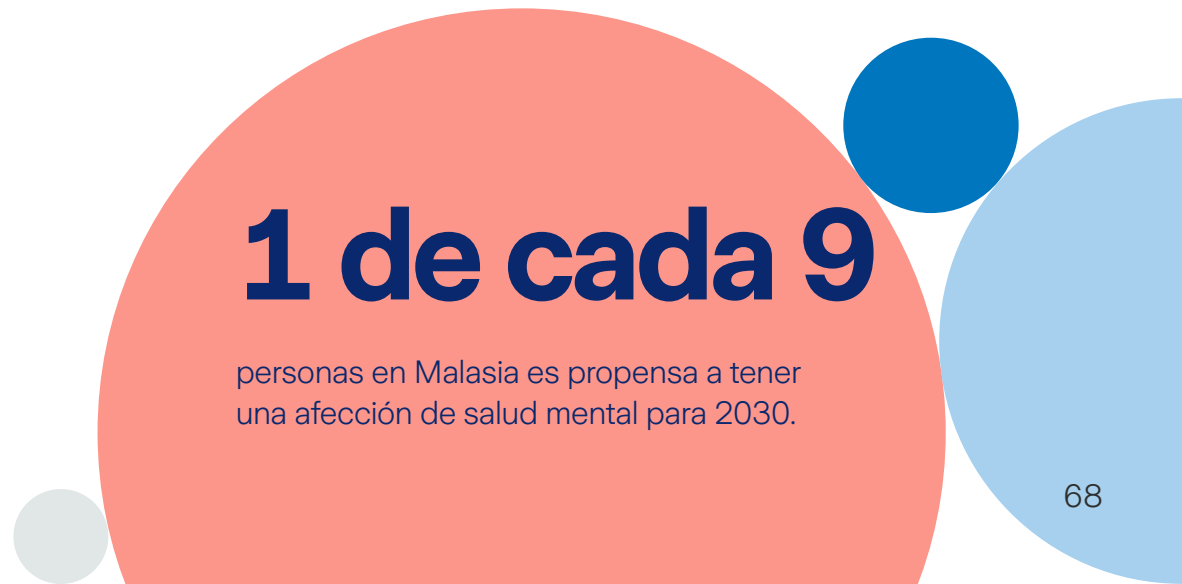
1. Lally et al. [Mental disorders in Malasia: an increase in lifetime prevalence](#) (2021)

2. Bernama. [Only 623 registered psychiatrists in Malasia](#) (2024).

3. Samad, R. A. and R.W. Abdullah. [Global and Malasian Perspectives on Mental Health and Digital Interventions \(2020–2025\): A Narrative Review](#) (2025).

Existen muchas afecciones de salud mental que abarcan un amplio espectro, desde el malestar episódico vinculado a acontecimientos vitales hasta la enfermedad clínica persistente. A diferencia de Australia o el Reino Unido, en Malasia es más probable que las afecciones que se sitúan en un nivel inferior del espectro clínico, incluidos muchos trastornos relacionados con la ansiedad, sigan siendo tratadas de forma informal. Por lo tanto, la prevalencia registrada debe interpretarse como un punto de partida, no como la magnitud total, en la verdadera magnitud de las enfermedades mentales.

Pero ahora está surgiendo una tendencia contraria. Como reflejo del reciente énfasis político en la reducción del estigma y la ampliación del acceso más allá de los entornos clínicos tradicionales, los servicios de salud mental digitales y a distancia se han expandido rápidamente, lo que permite el asesoramiento en línea, la telepsicología y el apoyo en situaciones de crisis.³ Estos modelos ofrecen dos ventajas fundamentales: mayor privacidad y menor costo, lo que reduce las barreras para la participación inicial.

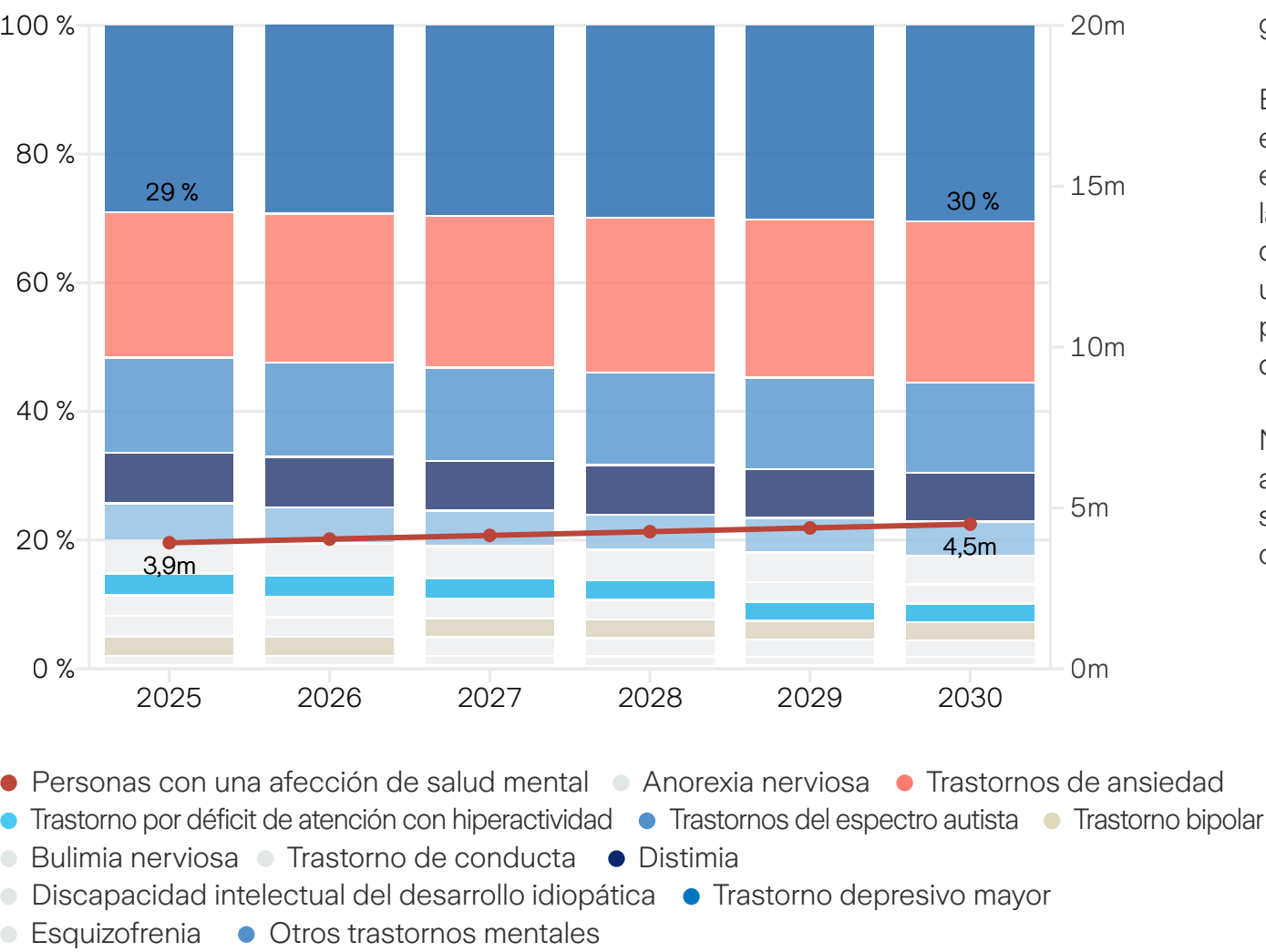


1 de cada 9

personas en Malasia es propensa a tener una afección de salud mental para 2030.

Malasia: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental (2025-2030)

Proyección de la proporción de casos por afección (%) y número total de personas con una afección de salud mental (millones)



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).

El número total de personas con una afección de salud mental incluye las comorbilidades.

Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Gravedad oculta tras baja prevalencia

La combinación de condiciones en Malasia difiere notablemente. El trastorno depresivo mayor representa una mayor proporción de los casos registrados que la ansiedad en la mayoría de los grupos de edad, invirtiendo el patrón observado en la mayoría de los demás mercados examinados.

Esta divergencia es coherente con los altos umbrales de reconocimiento, condicionados por el estigma y el acceso, y con una prevalencia registrada que refleja el extremo más grave del espectro, en lugar de todo el espectro de las enfermedades mentales. El malestar leve o moderado, en particular la ansiedad, se suele manejar de manera informal, mediante el apoyo familiar, la terapia o las estrategias de afrontamiento propias. Los casos registrados en Malasia se inclinan hacia afecciones que superan un umbral de discapacidad más elevado y que requieren la evaluación de un especialista. Es más probable que la depresión supere ese umbral, lo que la hace desproporcionadamente visible en los datos (se proyecta que representará el 30 % de los casos para 2030).

No obstante, las tasas de crecimiento indican una presión creciente tanto en los trastornos de ansiedad como en los depresivos. Se prevé que los trastornos de ansiedad crezcan a un ritmo superior al 5 % anual, y el trastorno depresivo mayor a más del 4 %, superando con creces el crecimiento de la mayoría de las demás afecciones.



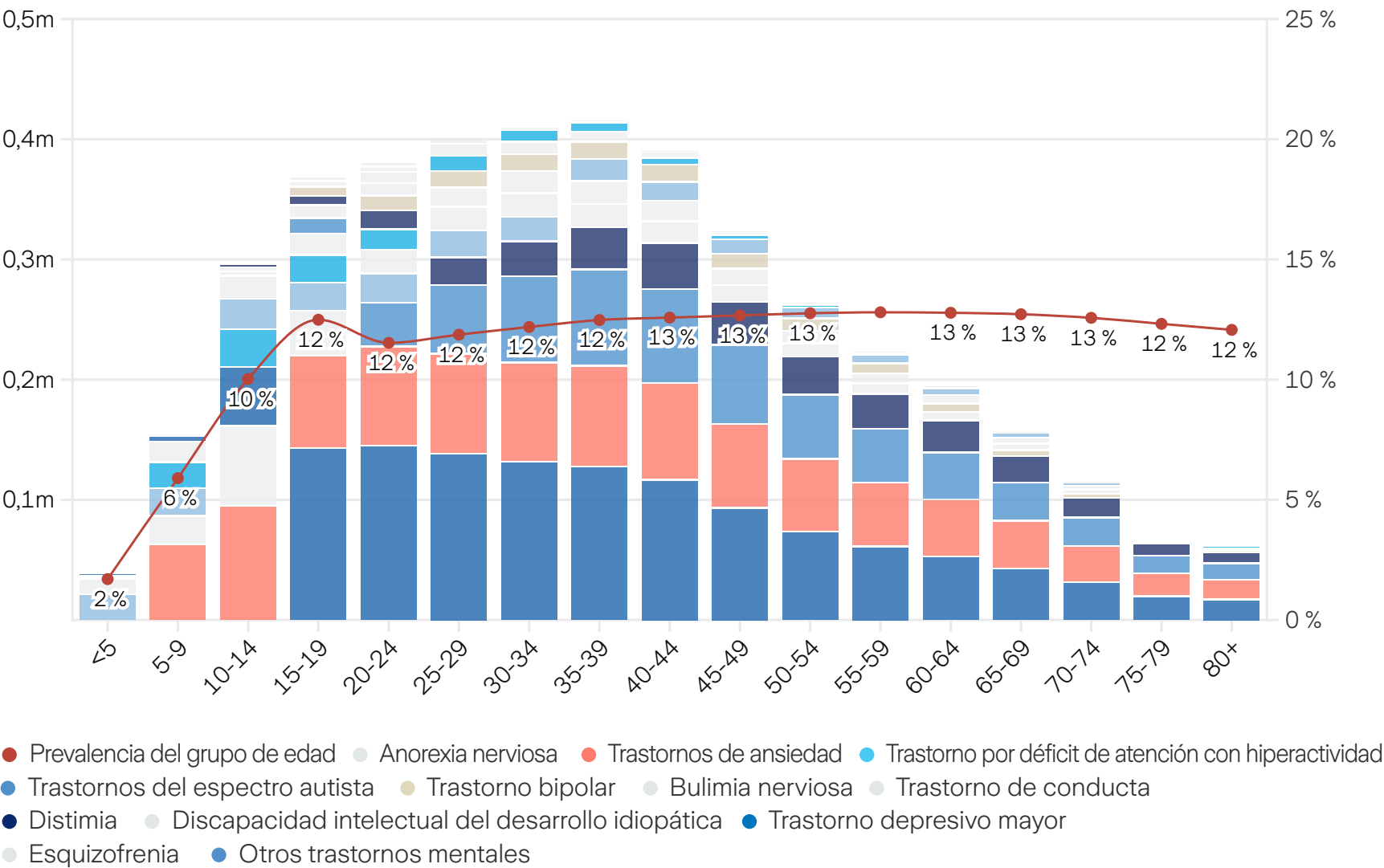
Brechas generacionales

A pesar de la preocupación generalizada por la alta prevalencia de afecciones de salud mental en niños y jóvenes, Malasia aún no muestra un pico pronunciado en la prevalencia entre los adultos jóvenes. Las tasas registradas se mantienen relativamente constantes en todos los grupos de edad, lo que refleja dinámicas similares de acceso y estigma que limitan la detección temprana.

Sin embargo, las tasas de crecimiento cuentan una historia más reveladora. Se prevé que los adultos mayores en edad laboral y los mayores de 60 años experimenten algunos de los aumentos más rápidos: Se prevé que la prevalencia entre las personas de 45 a 54 años aumente en más de un 5 % anual, mientras que las tasas entre los adultos mayores de 60 años oscilan entre casi un 5 % y más de un 8 % anual.

Estos patrones sugieren que, si bien el malestar puede surgir antes, el diagnóstico formal se produce más tarde, lo que aumenta la probabilidad de que las afecciones se arraiguen más para cuando se accede al apoyo, con claras implicaciones para el bienestar, la participación y la recuperación a largo plazo.

Malasia: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental por edad (2026)
Número de afecciones de salud mental (millones) y tasa de prevalencia (%), por grupo de edad.

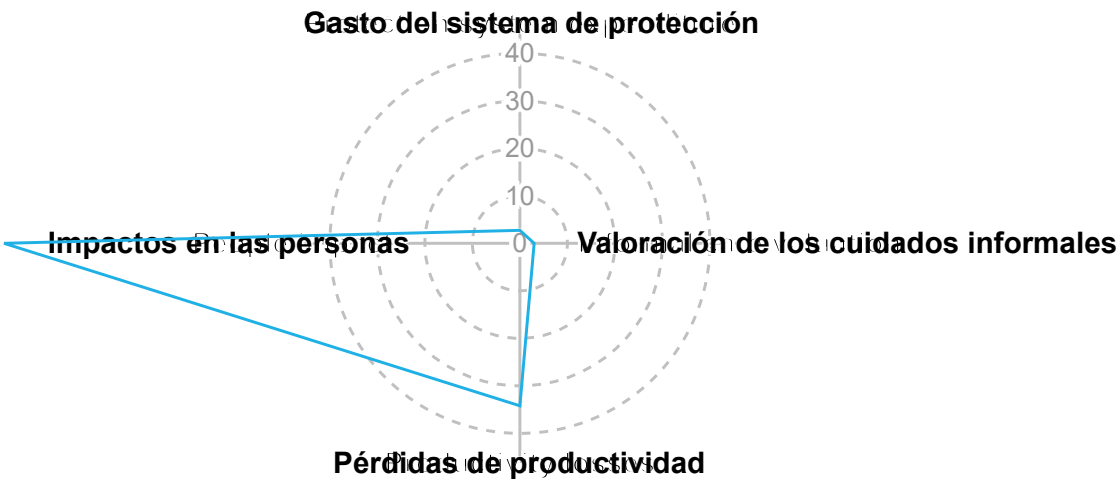


Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
La prevalencia proyectada por grupo de edad (%) incluye comorbilidades.
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Las afecciones que permanecen ocultas durante más tiempo pueden acarrear mayores costos económicos y funcionales una vez que salen a la luz

Malasia: impactos estimados en las personas, la productividad y los sistemas de protección (2030)

Miles de millones de RM



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Para 2030, a pesar de un gasto estimado de RM 2.700 millones en el sistema formal de protección (0,1 % del PIB), las afecciones de salud mental están asociadas con lo siguiente:

RM 109 mil millones

en pérdidas de bienestar relacionadas con la morbilidad y la mortalidad.

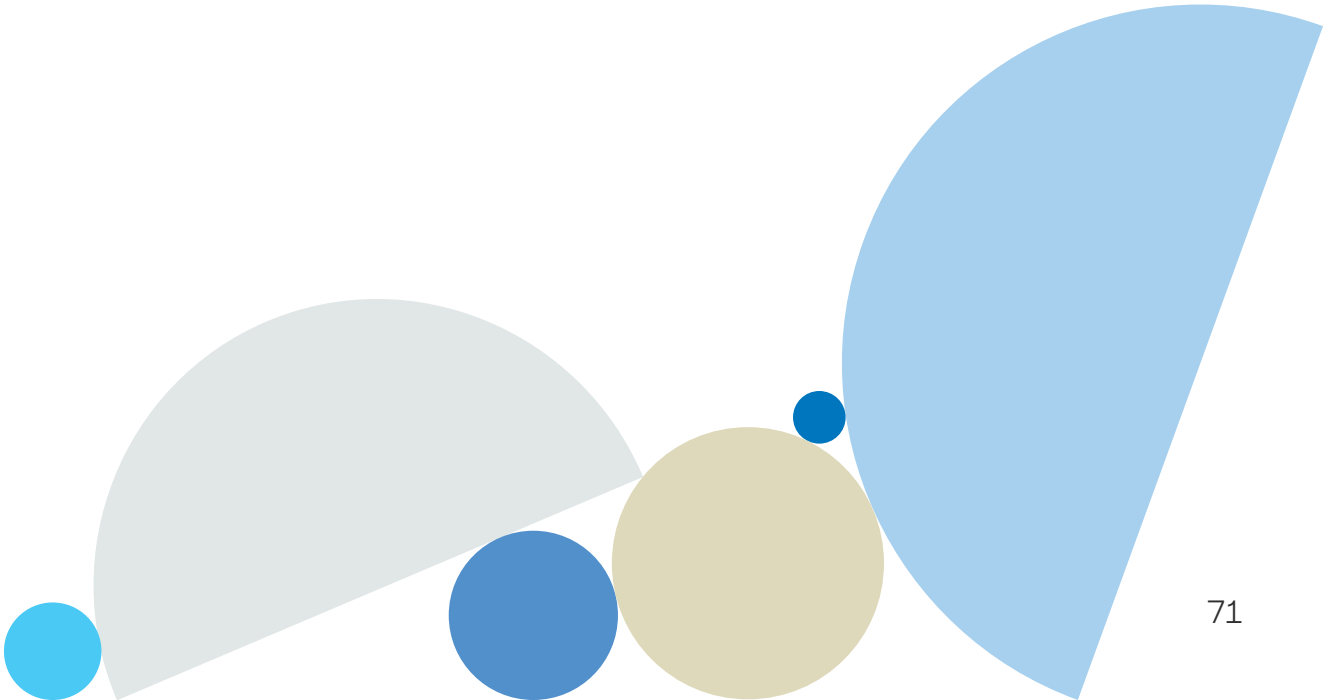
RM 34 mil millones

en reducción de la participación laboral y aumento del ausentismo laboral.

RM 3 mil millones

en el valor de cuidados informales proporcionados junto con el apoyo formal.

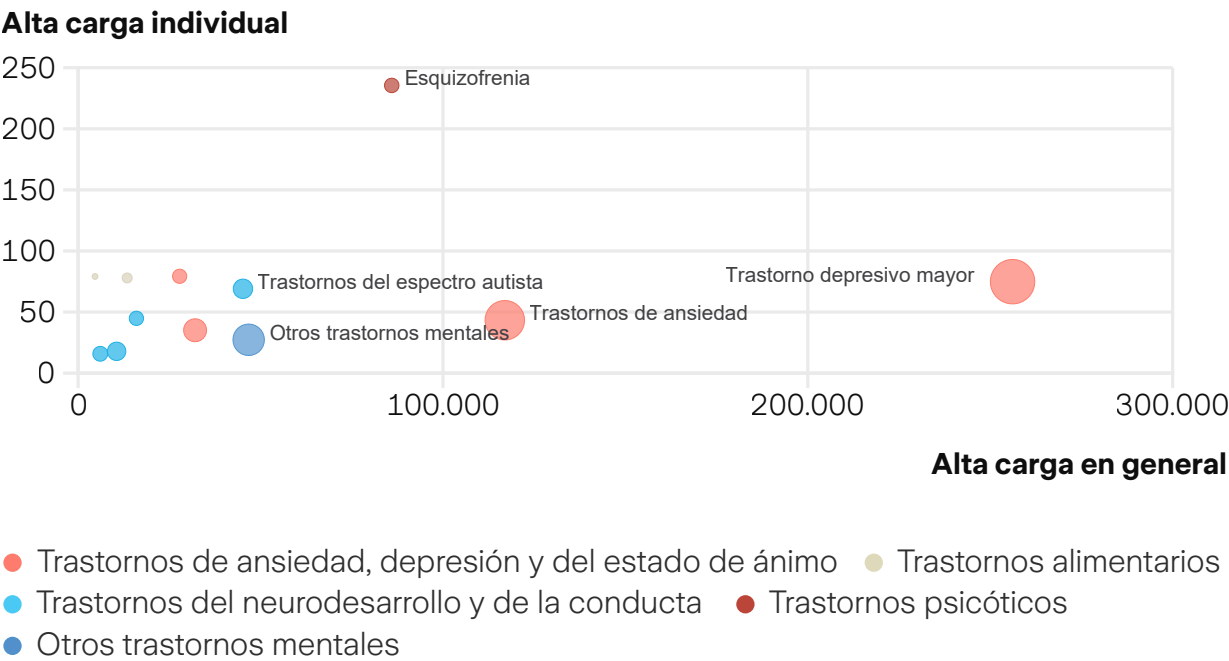
Estas cifras representan el valor que podría recuperarse mediante una prevención más eficaz, una intervención temprana y un apoyo continuo y sostenido.



Personas: pérdida sustancial de bienestar a pesar de la baja prevalencia registrada

Una vez que se registran las afecciones de salud mental en Malasia, su impacto en las personas es significativo. En 2026, las afecciones de salud mental y las autolesiones representan casi 700.000 años de vida saludable perdidos, el equivalente a más de RM 97 mil millones, cifra que aumentará hasta RM 109 mil millones en 2030. Para la persona promedio que vive con una afección de salud mental, esto se traduce en la pérdida de aproximadamente dos meses (62-63 días) de vida saludable por año.

Malasia: impacto de las afecciones de salud mental en la morbilidad (2026)
Estimación de la discapacidad individual (días vividos con una discapacidad) y proporción de la carga total de la enfermedad (% del total de años vividos con discapacidad), por afección.



Al igual que en otros mercados, la gran mayoría de esta carga refleja una menor calidad de vida más que una muerte prematura. Alrededor del 95 % de la pérdida de bienestar se debe a la morbilidad. Pero la carga de morbilidad registrada en Malasia está determinada por una combinación de condiciones particulares. Como reflejo de su prevalencia, el trastorno depresivo mayor es el principal factor que contribuye a la pérdida de bienestar, representando el 39 % del total de años vividos con una discapacidad (YLD).

Este patrón refleja qué casos ingresan al sistema formal. La carga registrada se centra en las afecciones asociadas con una interrupción más prolongada de la vida diaria, mientras que es menos probable que se registre el malestar de menor gravedad, en particular las afecciones relacionadas con la ansiedad, a menos que el deterioro sea sustancial.

Como resultado, una mayor proporción de la pérdida de bienestar registrada en Malasia se debe a afecciones asociadas con una mayor pérdida promedio de días de vida saludable. Aproximadamente dos tercios (66 %) de la morbilidad total se relacionan con afecciones que provocan más de 60 días de incapacidad al año, como la anorexia, el autismo, el trastorno bipolar, la bulimia, el trastorno depresivo mayor y la esquizofrenia. En Australia, estas afecciones representan solo el 43 % del total de años vividos con discapacidad, lo que refleja una inclusión mucho más amplia de afecciones con menor grado de discapacidad.

Estas dinámicas sugieren que la carga personal de las afecciones de salud mental en Malasia está determinada menos por la magnitud y más por el momento en que se presentan y la composición de los casos. Para muchas personas, la pérdida significativa de bienestar ya se ha acumulado cuando acceden al apoyo, lo que aumenta el riesgo de que el deterioro se arraigue y continúe en la edad adulta. Esto da lugar a un patrón de carga individual concentrada, con claras implicaciones para la participación, la continuidad de la atención y la recuperación a largo plazo.

Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

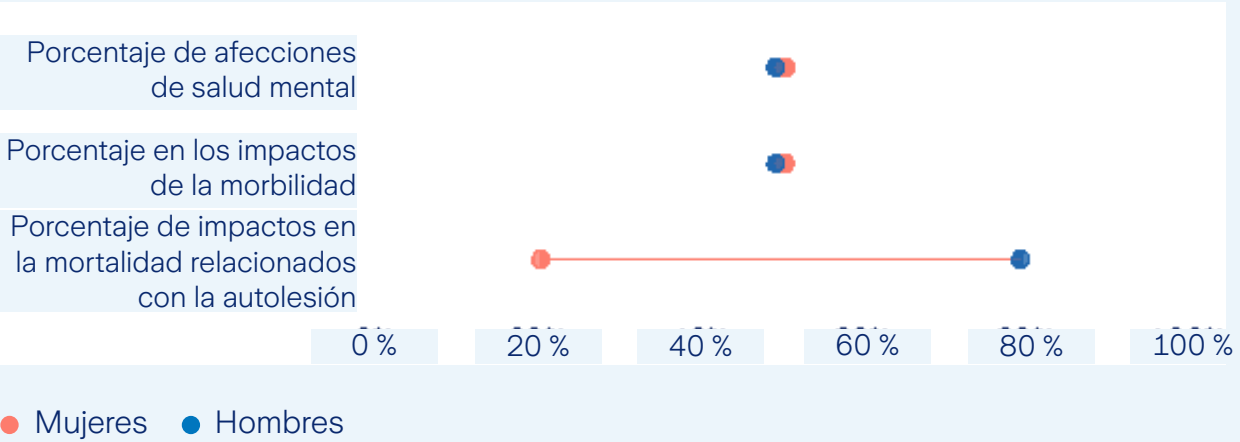
División de género en Malasia

Al igual que en otros mercados, las mujeres presentan una prevalencia general más alta (12 % en comparación con el 10 % entre los hombres) y un crecimiento anual promedio más rápido (3,1 % frente al 2,4 %).

Sin embargo, Malasia no muestra una marcada división de género en la carga general de afecciones de salud mental. Hombres y mujeres representan una proporción bastante equilibrada de los diagnósticos y la morbilidad, lo que refleja niveles similares de pérdida de bienestar una vez que los casos llegan a recibir atención médica formal.

Al mismo tiempo, los hombres experimentan una proporción desproporcionada de los impactos de mortalidad vinculados al suicidio, lo que refleja las tendencias observadas en muchos mercados.

Malasia: impactos proyectados de las afecciones de salud mental en el bienestar según el género (2026)
% del total de casos, YLD y YLL, por género



Fuentes primarias: [IHME \(2025\)](#), [Banco Mundial \(2025\)](#).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

“En Malasia, la enfermedad mental sigue siendo algo que muchas personas intentan sobrellevar en silencio. Muchos esperan hasta que el impacto se vuelve demasiado difícil de ignorar. Una intervención temprana marca una verdadera diferencia, ya que ayuda a las personas a mantenerse conectadas con el trabajo, la familia y la vida cotidiana.

Han Boon Lee, Chief Proposition Management Officer (Life Segment), Zurich Malasia

Productividad: pérdidas económicas derivadas de la desvinculación del mercado laboral

En 2026, se estima que las condiciones de salud mental generan RM 28 mil millones en pérdidas de productividad debido al ausentismo y a la reducción de la participación en la fuerza laboral, cifra que aumentaría a alrededor de RM 34 mil millones en 2030, equivalente al 1,4 % del PIB.

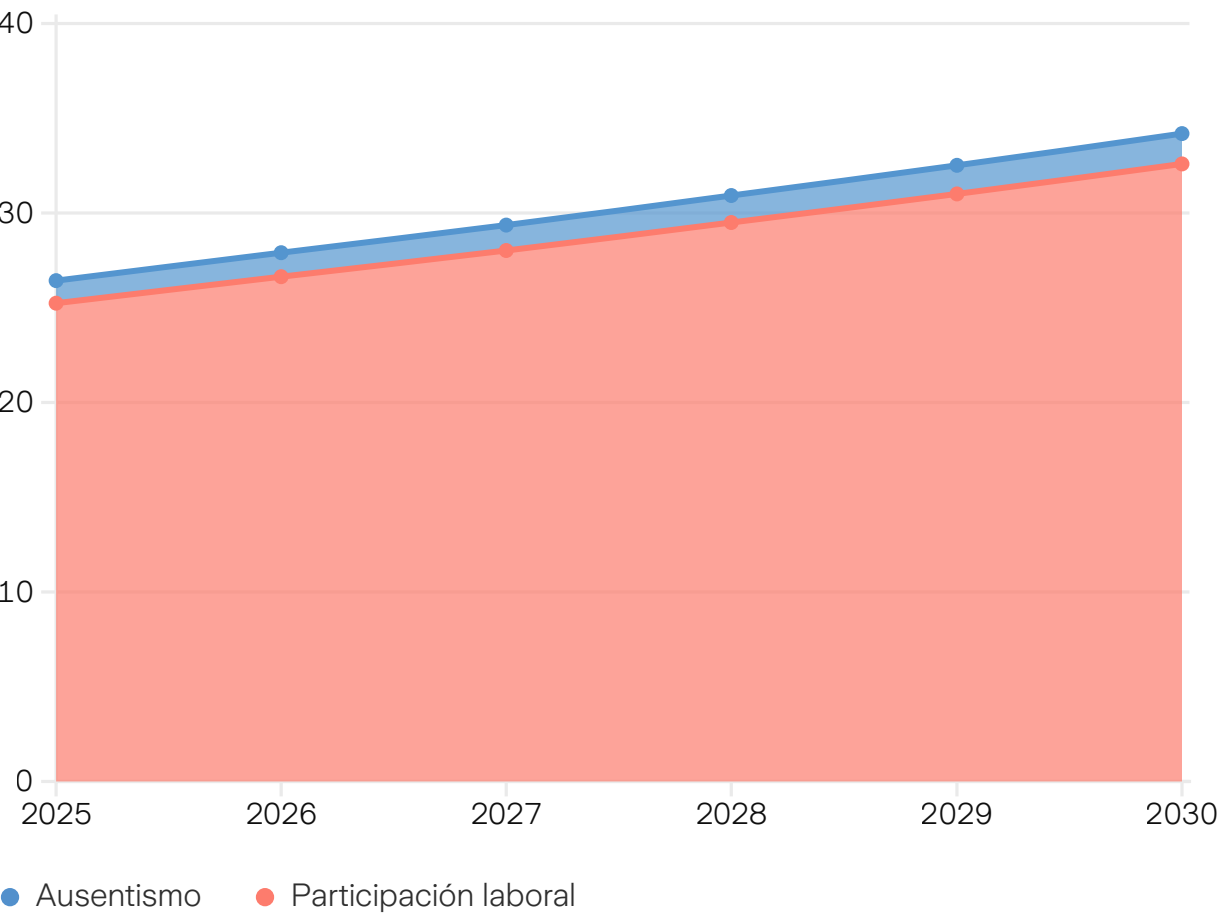
Las licencias médicas por motivos de salud mental cuestan más de RM 1.000 millones al año, y se estima que en 2026 las personas tomarán 0,5 días de licencia médica por motivos de salud mental.⁴ Es probable que esta baja cifra refleje tanto el acceso limitado a licencias médicas certificadas como la continua reticencia a revelar afecciones de salud mental en el trabajo.

La desvinculación del mercado laboral es el principal factor que impulsa la pérdida de productividad, representando el 95 % de las pérdidas totales. Las personas que viven con una enfermedad mental tienen 18 puntos porcentuales menos de probabilidades de estar empleadas que las que no la padecen (56 % frente al 74 %), lo que supone una pérdida de salarios de casi RM 27 mil millones.

El momento en que ocurre refuerza este patrón. Muchas afecciones solo se reconocen cuando la discapacidad ya está muy arraigada, lo que provoca interrupciones más profundas y duraderas en el trabajo para cuando se accede al apoyo necesario. Los puntos de acceso más tempranos pueden ayudar a las personas a mantenerse conectadas con el trabajo, pero los resultados positivos dependen de la continuidad, la coordinación y la asequibilidad.

4. El ausentismo laboral se expresa como el promedio de días de licencia médica adicionales por trabajador relacionados con la salud mental. La cifra incluye tanto a trabajadores con problemas de salud mental como a aquellos que no los tienen.

Malasia: impacto económico proyectado de las afecciones de salud mental (2025-2030)
Ausentismo laboral y pérdidas de participación laboral asociadas a afecciones de salud mental, miles de millones de RM



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Aspecto destacado

La telemedicina como puente hacia una intervención más temprana

La telemedicina ha surgido como una valiosa respuesta al estigma, las preocupaciones sobre la confidencialidad y el tiempo que los pacientes dedican a ausentarse del trabajo. Mediante planes de seguro de vida y de salud, las personas pueden acceder a evaluaciones remotas, asesoramiento y derivaciones guiadas, de forma privada y sin necesidad de visitas presenciales.

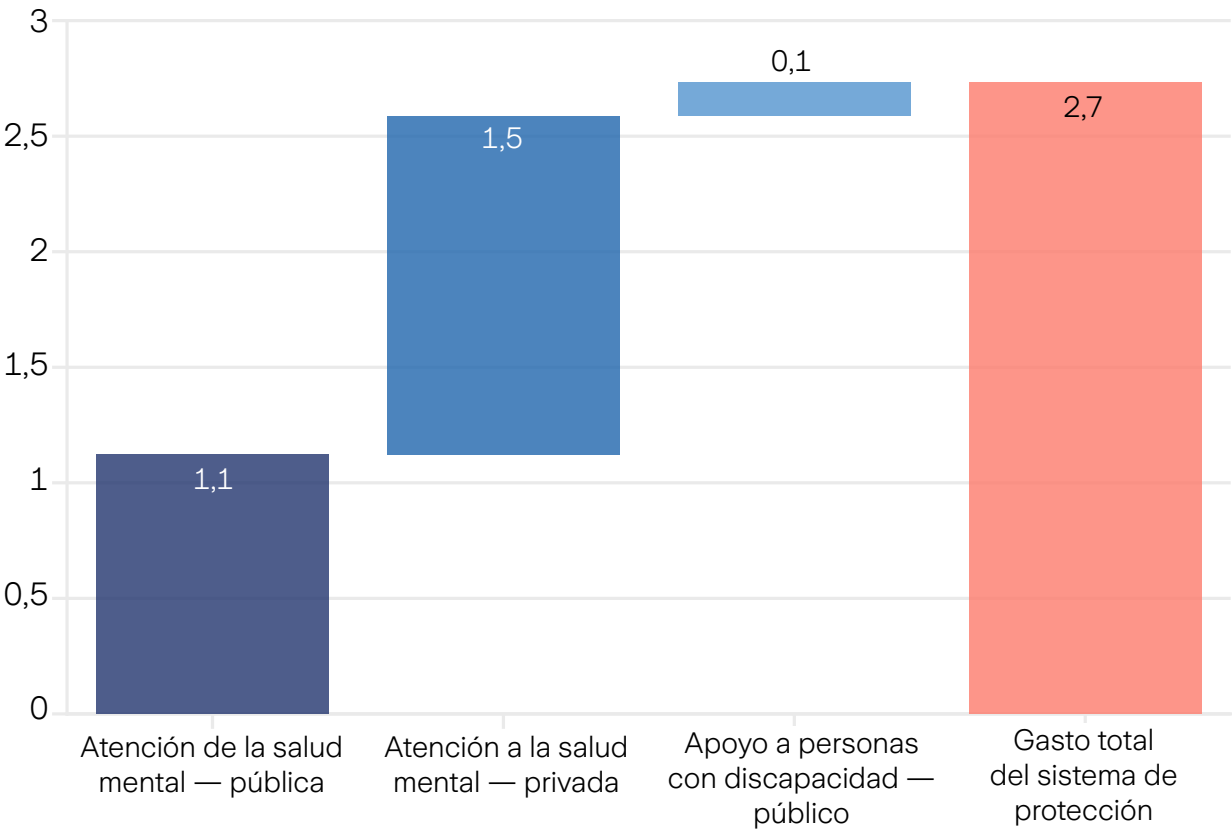
Sin embargo, la telemedicina no sustituye la capacidad del sistema. Comparte muchas de las mismas limitaciones que la atención presencial, incluidas las limitaciones en la disponibilidad de los médicos, la continuidad de la atención y el manejo de afecciones complejas o agudas. Su valor reside en proporcionar un punto de acceso más temprano y accesible a un apoyo que, de otro modo, podría retrasarse o evitarse.



Sistemas de protección: la provisión pública está limitada

Malasia: sistemas de protección de la atención de la salud mental (2030)

Gasto proyectado, miles de millones de RM



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

En Malasia, el apoyo a la salud mental se presta a través de un sistema formal con escasos recursos, complementado por un importante gasto privado y la responsabilidad de los hogares. Se estima que el gasto total relacionado con la salud mental aumentará a casi RM 3 mil millones para 2030, lo que representa aproximadamente el 0,1 % del PIB. El gasto público representa menos de la mitad de esta cantidad (alrededor de RM 1.000 millones), lo que sitúa a Malasia en el extremo inferior de los parámetros de referencia internacionales.

Este patrón refleja el del sistema de salud en general: El gasto total en salud representó el 4 % del PIB en 2023, el más bajo entre los mercados analizados, seguido por los Emiratos Árabes Unidos con un 5 %.⁵

Los servicios públicos de salud mental siguen siendo esenciales, pero su capacidad es limitada. La disponibilidad de especialistas es baja en comparación con los estándares internacionales, y la atención suele estar fragmentada entre diferentes proveedores en lugar de brindarse a través de una relación terapéutica continua.

La reciente expansión de los servicios digitales y comunitarios indica un creciente reconocimiento del desafío, pero aún se necesita una mayor capacidad y una coordinación más sólida para apoyar la recuperación a largo plazo.

5. OECD. [Health at a Glance](#) (2023).

El gasto privado refuerza una red de seguridad formal precaria

Una característica definitoria del panorama de la protección en Malasia es la prominencia del gasto privado y el gasto directo de los ciudadanos. En 2026, el gasto privado en servicios de salud mental (RM 1.300 millones) superará el gasto público (RM 1.000 millones), y los particulares asumirán directamente una gran parte de los costos.

Junto a esto se encuentra el pilar de soporte oculto más grande: cuidados informales. Se prevé que las familias y los cuidadores proporcionen el equivalente a RM 3 mil millones en cuidados no remunerados para el año 2030. Cada cuidador informal proporciona alrededor de 17 horas de cuidados por semana, lo que subraya el papel fundamental de los hogares en el apoyo a las personas con afecciones de salud mental, y las repercusiones indirectas que esto puede tener en la productividad.

Esta estructura determina tanto el acceso como los resultados. Quienes pueden costearse la atención privada pueden acceder al apoyo de forma más rápida y con mayor continuidad, mientras que otros se enfrentan a retrasos, interrupciones o a la necesidad de recurrir a soluciones a corto plazo. En este contexto, los sistemas de protección formales funcionan menos como un respaldo integral y más como una capa parcial que complementa las estrategias privadas para hacer frente a la situación.

En un mercado laboral donde las pérdidas de productividad se deben principalmente a la falta de compromiso y no a las ausencias de corta duración, los límites de los sistemas de protección son evidentes. Las ayudas económicas y el acceso a la atención médica pueden estabilizar a las personas durante los períodos de enfermedad, pero aún no existen vías estructuradas para la reinserción laboral que sean accesibles de forma sistemática, lo que refuerza la necesidad de establecer vínculos más claros entre la atención privada, el trabajo y el apoyo formal.



123 millones de horas

de atención no remunerada relacionada con la salud mental, proporcionadas por familias y redes informales en Malasia para 2030.

Desde el afrontamiento individual hasta las vías anteriores: dónde se encuentra la próxima oportunidad de Malasia

El sistema de atención de salud mental de Malasia tiene claras fortalezas: unas sólidas redes de apoyo familiar y de autoafrontamiento, un importante ecosistema de atención médica privada y el interés político por facilitar una intervención más temprana a través de canales públicos, privados y comunitarios.

La oportunidad no está en replicar sistemas de alto costo, sino en reorganizar el apoyo: intervenir antes, mejorar la continuidad de la atención y fortalecer los vínculos entre el apoyo privado, el trabajo y la protección formal. Esto significa lo siguiente:

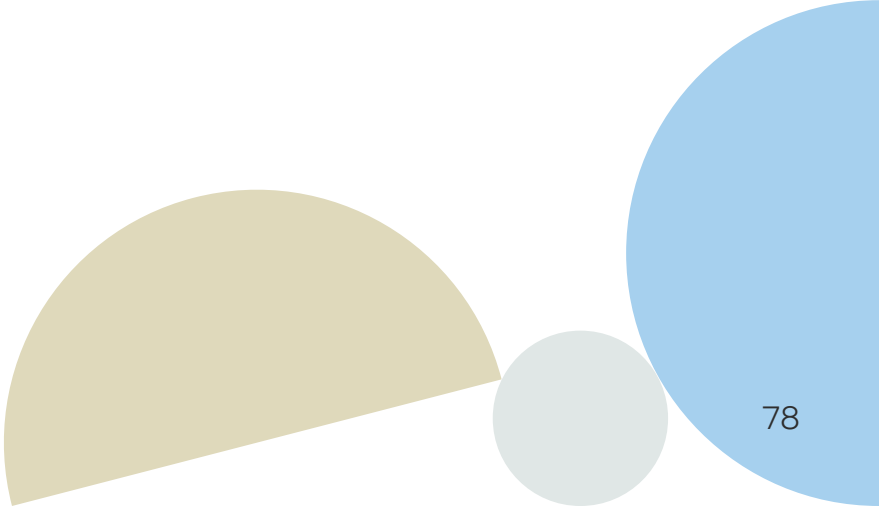
- 1. **Reducir las barreras para la participación temprana:** aprovechar los puntos de acceso digitales, comunitarios y facilitados por los empleadores, ampliar los primeros pasos confidenciales y accesibles ayuda a las personas a buscar apoyo antes de que la discapacidad se arraigue. Si se utilizan a la escala adecuada, estos canales pueden normalizar la participación temprana y reducir los costos personales y laborales derivados de las demoras. Cuando el apoyo inicial está cubierto financieramente o se incluye en los beneficios existentes, se reducen las barreras relacionadas con el costo, la divulgación y el estigma, especialmente cuando las personas se desvinculan discretamente en lugar de buscar ayuda.
- 2. **Mejorar la continuidad en la atención fragmentada:** si bien el primer contacto es cada vez más frecuente, el seguimiento sigue siendo irregular. Fortalecer la coordinación entre la participación inicial, el tratamiento clínico y el seguimiento, incluyendo vías de derivación y orientación más claras, contribuiría a una recuperación más sostenida. Los modelos comunitarios, como los centros MENTARI de Malasia,⁶ proporcionan una base importante, pero la continuidad aún depende de traspasos claros, una navegación de atención eficaz y un seguimiento entre los proveedores, especialmente a medida que las necesidades cambian con el tiempo.

- 3. **Fortalecer los vínculos entre la atención y la participación:** la recuperación es más efectiva cuando se combina con apoyo práctico para mantener el empleo o reincorporarse al mismo. Ampliar y mejorar la conexión entre los servicios de rehabilitación, la gestión de casos y las vías comunitarias contribuiría a garantizar que la atención no termine con la estabilización de los síntomas. Malasia ya cuenta con elementos de reintegración estructurada, incluido el programa PERKESO⁷ de reinserción laboral, pero estas vías aún no están vinculadas de forma sistemática a la atención temprana de la salud mental, lo que limita su alcance. La armonización de la protección de los ingresos, la rehabilitación y la adaptación del entorno laboral con el tratamiento puede ayudar a garantizar que el malestar temporal no conduzca a una desvinculación prolongada.

Estos cambios contribuirían a que la salud mental en Malasia pase de ser un problema gestionado de forma privada a uno que se aborde de manera más temprana y eficaz, preservando la participación y reduciendo la presión tanto sobre los hogares como sobre los sistemas de protección.

6. Red de centros comunitarios de salud mental del Ministerio de Salud de Malasia.

7. Organización de seguridad social obligatoria de Malasia.



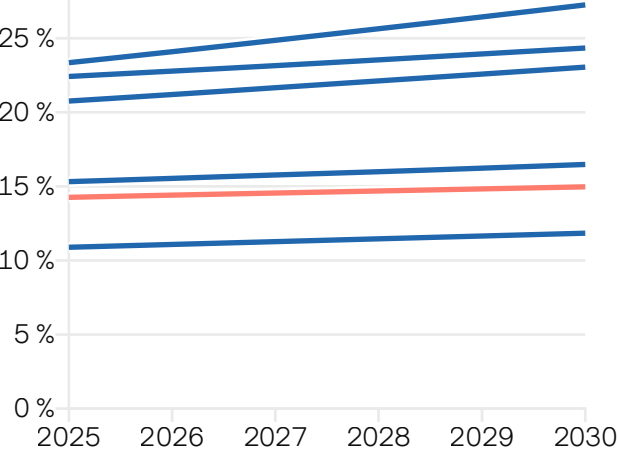
Los Emiratos Árabes Unidos



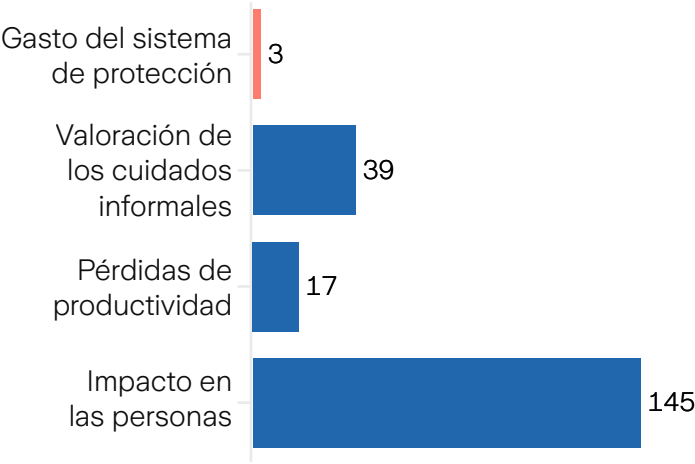
Un firme compromiso nacional con el bienestar

Esta sección reúne los datos, modelos y análisis de políticas más recientes para comprender la magnitud, los factores determinantes y las implicaciones de las afecciones de salud mental en los Emiratos Árabes Unidos. Nos centramos en tres pilares: Las *personas* (el impacto humano), la *productividad* (las consecuencias económicas) y los *sistemas de protección* (las presiones del sistema y el panorama político) son factores que están configurando la prevención, la intervención temprana, el acceso al apoyo y la recuperación a largo plazo. El objetivo es ofrecer una visión clara y basada en la evidencia sobre el panorama de la salud mental en el país y destacar oportunidades específicas para la acción estratégica con el fin de fortalecer el bienestar, la resiliencia y la inclusión en los próximos años.

Se prevé que para 2030, las afecciones de salud mental afecten a casi 1 de cada 6 personas que viven en los Emiratos Árabes Unidos (14,9 %)



Impactos estimados en los sistemas de personas, productividad y protección (2030) Miles de millones de AED



Para 2030, se prevé que una persona promedio que vive en los Emiratos Árabes Unidos y padece una enfermedad mental se enfrente a lo siguiente:

Alto número de días de vida saludable perdidos



66 días

de vida saludable perdidos al año.

Brecha de empleo promedio baja



8 %

de brecha de empleo en comparación con las personas sin afección de salud mental.

Menor promedio de días de licencia médica



0,2 días

de licencia médica adicional por motivos de salud mental al año.

Mayores gastos de bolsillo



19 %

de los costos del tratamiento cubiertos por gastos directos.

Alto número de horas anuales de cuidados informales



1.275 horas

de cuidados informales recibidas al año.¹

● UAE

1. Se debe tener precaución al realizar comparaciones entre países debido a las diferencias en los enfoques metodológicos.

Prevalencia: una sólida base política que priorice la identificación temprana y el acceso

Durante la última década, el gobierno de los Emiratos Árabes Unidos ha elevado el bienestar nacional a la categoría de prioridad estratégica. El bienestar, la resiliencia y la calidad de vida se han incorporado a la planificación federal, respaldados por iniciativas como el nombramiento de un ministro de Estado para la Felicidad y el Bienestar, la Estrategia Nacional para el Bienestar 2031 y el Medidor de Felicidad. Estas iniciativas siguen un modelo preventivo que aumenta la visibilidad, reduce el estigma y fortalece las vías tempranas de acceso al apoyo.

Este compromiso político se complementa con una cobertura sanitaria casi universal, prestada a través de un modelo público-privado, que desempeña un papel importante en la gestión de la salud mental. Los ciudadanos emiratíes acceden a atención médica gratuita o altamente subvencionada a través de centros gubernamentales, mientras que la mayoría de los expatriados dependen de un seguro obligatorio financiado por el empleador. Por lo tanto, los empleadores actúan cada vez más como una puerta de acceso temprana clave, respaldados por plataformas digitales en auge, programas de bienestar en el lugar de trabajo e iniciativas comunitarias como SAKINA.

Sin embargo, varias dinámicas siguen influyendo en cómo se experimentan y se manejan las afecciones de salud mental:

- **Factores culturales y demográficos:** la falta de notificación puede seguir siendo un problema debido al estigma,² y las sólidas redes familiares entre las comunidades emiratíes y de expatriados con larga trayectoria hacen que muchas personas busquen apoyo en su país de origen antes de recurrir a los servicios formales. La fuerza laboral internacional de los EAU también influye en la prevalencia registrada, ya que algunos expatriados pueden abandonar el país cuando se enfrentan a problemas de salud significativamente complejos o de larga duración.

2. Andrade, G., Bedewy, D., and A.B.A. Elamin et. al. [Attitudes towards mental health problems in a sample of United Arab Emirates' residents](#) (2022); Al-Huseini, S. and S.M.Y. Arafat (Eds.) [Mental Health Care in the Middle East](#) (2025).

- **Mayor visibilidad:** es posible que la prevalencia notificada aumente con una mejor identificación, ya que la ampliación del chequeo preventivo, los canales de acceso para los empleadores y el acceso digital incrementan el contacto con los servicios. Sin embargo, con el tiempo, reformas como la prevención, la promoción del bienestar y la ampliación de la atención ambulatoria podrían empezar a reducir la incidencia y la duración de las enfermedades.
- **Condiciones ambientales:** ciertas afecciones de salud mental siguen siendo sensibles a los shocks, desde el duelo personal hasta los factores de estrés relacionados con la seguridad y las relaciones sociales. Si bien las proyecciones siguen las tendencias históricas, los eventos puntuales pueden aumentar temporalmente el riesgo para algunas personas.

En conjunto, estos factores apuntan a un sistema en el que la detección temprana está aumentando, pero la identificación y la experiencia de la enfermedad mental siguen reflejando las normas culturales, los patrones de movilidad y el ritmo de expansión de las vías de apoyo.





Aspecto destacado

La respuesta de los Emiratos Árabes Unidos a las necesidades de salud mental durante el conflicto de Medio Oriente

Ante el período de incertidumbre y conflicto que atraviesa Medio Oriente, los Emiratos Árabes Unidos han actuado con rapidez para apoyar la salud mental y el bienestar de su población. Guiados por la declaración “Todos somos emiratíes”, los líderes han mantenido una presencia visible en centros comerciales y otros espacios públicos, amplificada en las redes sociales, para tranquilizar a los ciudadanos, residentes y visitantes, y fomentar un sentimiento de unidad e inclusión.

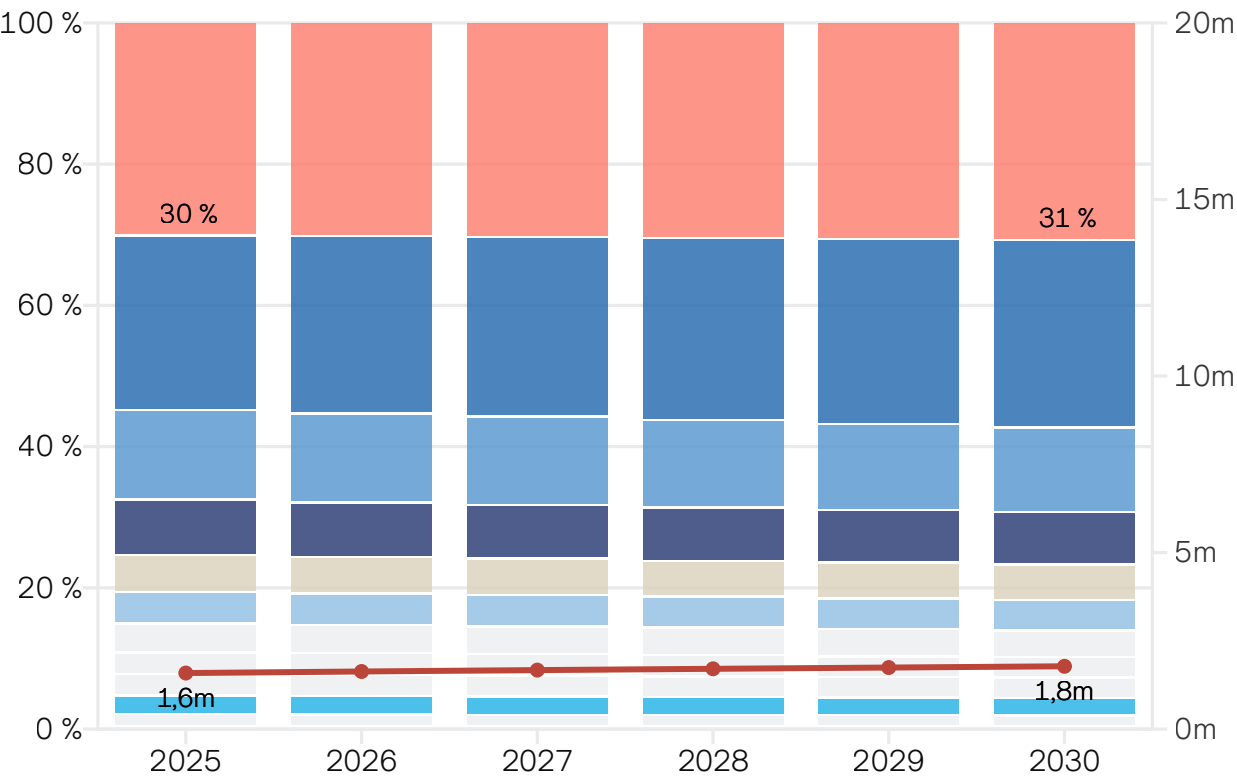
El gobierno ha ampliado el apoyo gratuito en materia de salud mental, incluyendo líneas telefónicas de ayuda disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, como HOPE, y clínicas especializadas como Aspris y The Lighthouse Arabia, que ofrecen atención para la ansiedad, la depresión y el trauma. Las nuevas aplicaciones y herramientas digitales también hacen que los recursos de salud mental sean más accesibles.

Para proteger el bienestar mental y financiero, las autoridades han regulado las aerolíneas y el sector hotelero, garantizando que los visitantes reciban atención con alojamiento gratuito, reprogramación de vuelos y apoyo especializado. Los precios de los alimentos básicos se han estabilizado y se han tomado medidas para evitar las compras de pánico, lo que reduce aún más el estrés y la incertidumbre.

Mediante la combinación de un liderazgo visible, una comunicación oportuna y un apoyo práctico, los EAU han demostrado una respuesta integral a las necesidades de salud mental, reforzando la resiliencia y salvaguardando el bienestar en tiempos de crisis.

EAU: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental (2025-2030)

Porcentaje proyectado de casos según la condición (%) y número total de personas con una condición de salud mental (millones)



- Personas con una afección de salud mental
- Anorexia nerviosa
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastornos del espectro autista
- Trastorno bipolar
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de conducta
- Distimia
- Discapacidad intelectual del desarrollo idiopática
- Trastorno depresivo mayor
- Esquizofrenia
- Otros trastornos mentales

Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
Total number of Personas con una afección de salud mental accounts for co-morbidities.
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Los casos están aumentando siguiendo las tendencias mundiales, pero siguen estando relativamente controlados

Se prevé que casi dos millones de personas en los Emiratos Árabes Unidos, aproximadamente el 15 % de la población, vivirán con una afección de salud mental para 2030 (una tasa de crecimiento anual del 2,2 %), impulsada principalmente por el crecimiento demográfico y el aumento de las dos afecciones más prevalentes.

Los trastornos de ansiedad (30 %) y el trastorno depresivo mayor (25 %) son las afecciones más comunes, representando más de la mitad (55 %) de los casos registrados en 2026, con tasas de crecimiento superiores a la media proyectadas para 2030 (2,8 % y 3,9 %).



Brechas generacionales

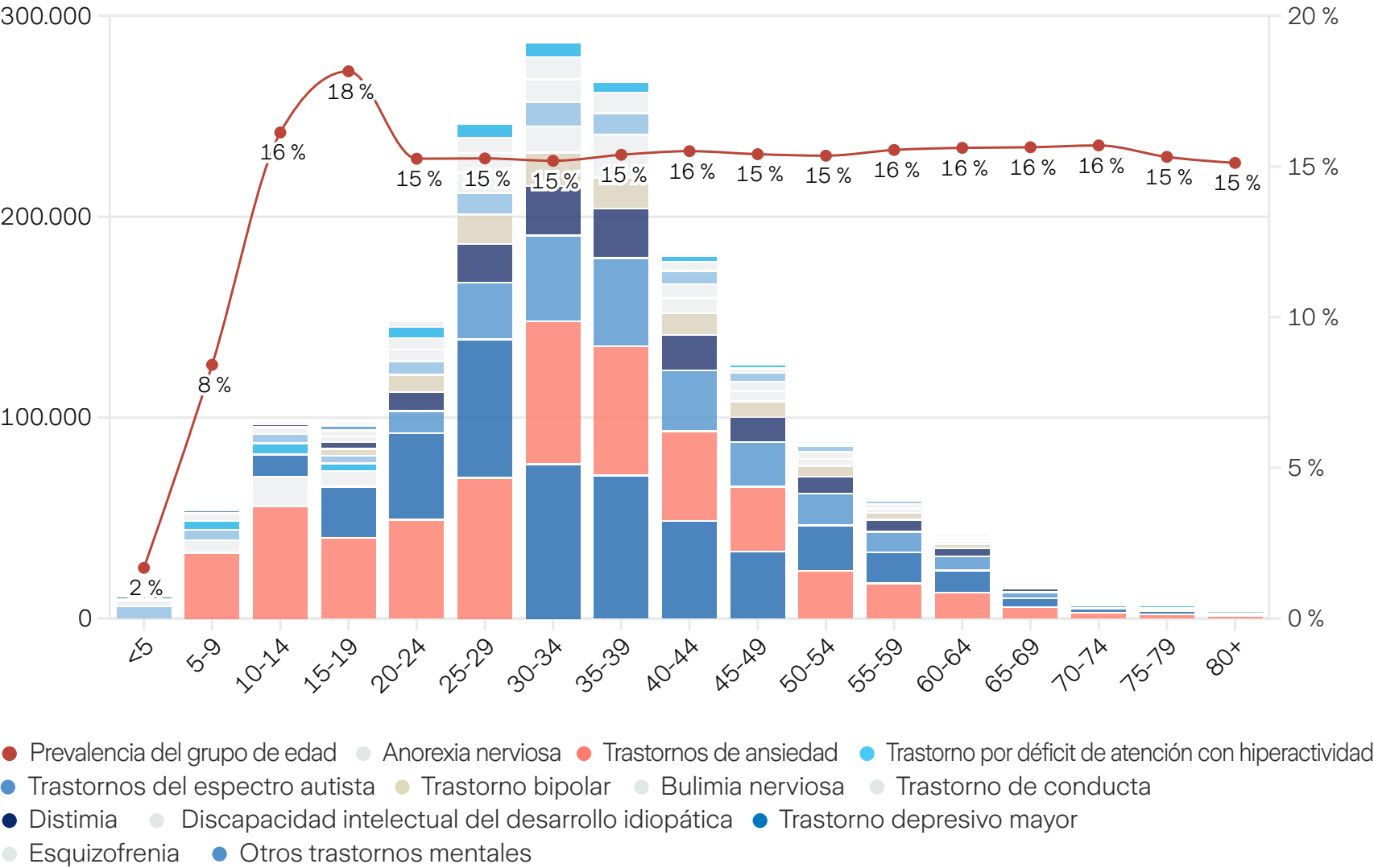
La prevalencia es mayor entre los adolescentes, con un 16 % y un 18 % entre los jóvenes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, respectivamente.

Sin embargo, el trastorno depresivo mayor representa una proporción mayor de los casos registrados que la ansiedad entre las personas de 30 a 49 años, invirtiendo el patrón observado en la mayoría de los demás mercados examinados.

Esto sugiere que, al igual que en Malasia y Chile, los grupos más jóvenes están impulsando una mayor visibilidad, pero el legado de un reconocimiento tardío y un umbral de discapacidad más alto para el diagnóstico formal persiste para gran parte de la fuerza laboral de mayor edad.

EAU: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental (2026)

Número de afecciones de salud mental (millones) y tasa de prevalencia (%), por grupo de edad.



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).

La prevalencia proyectada por grupo de edad (%) Incluye comorbilidades.

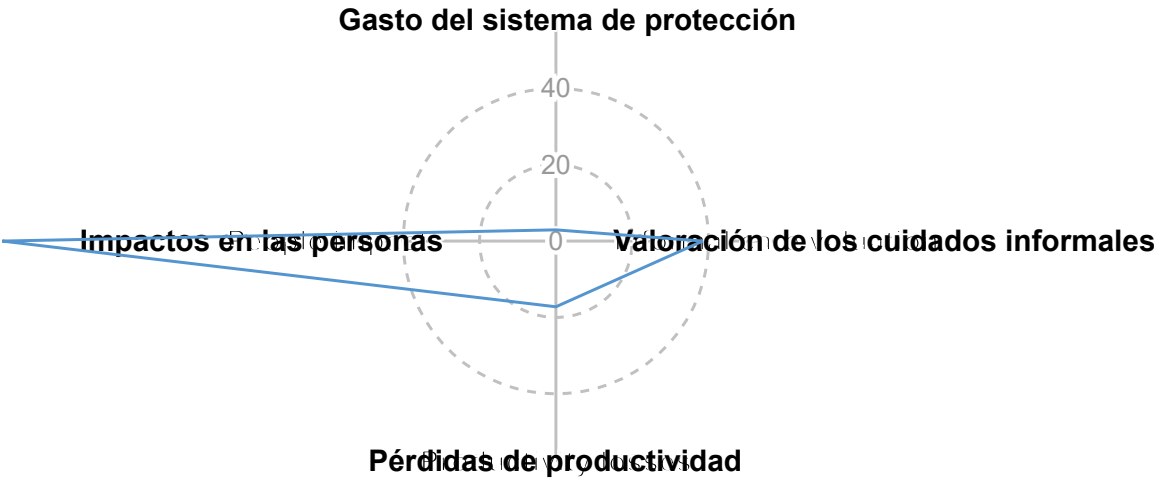
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Pero la prevalencia solo ofrece una visión parcial del panorama nacional

La duración y el impacto diario de las afecciones de salud mental influyen en la calidad de vida y en la capacidad de mantener un empleo, generando pérdidas de productividad y presiones de costos que van mucho más allá del sistema de salud.

EAU: impactos estimados en las personas, la productividad y los sistemas de protección (2030)

Miles de millones de AED



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Para 2030, a pesar de un gasto estimado de casi AED 3 mil millones en el sistema formal de protección (0,1 % del PIB), las afecciones de salud mental están asociadas con aproximadamente lo siguiente:

AED 145 mil millones

en pérdidas de bienestar vinculadas a la morbilidad y la mortalidad.

AED 17 mil millones

en reducción de la participación laboral y aumento del ausentismo.

AED 39 mil millones

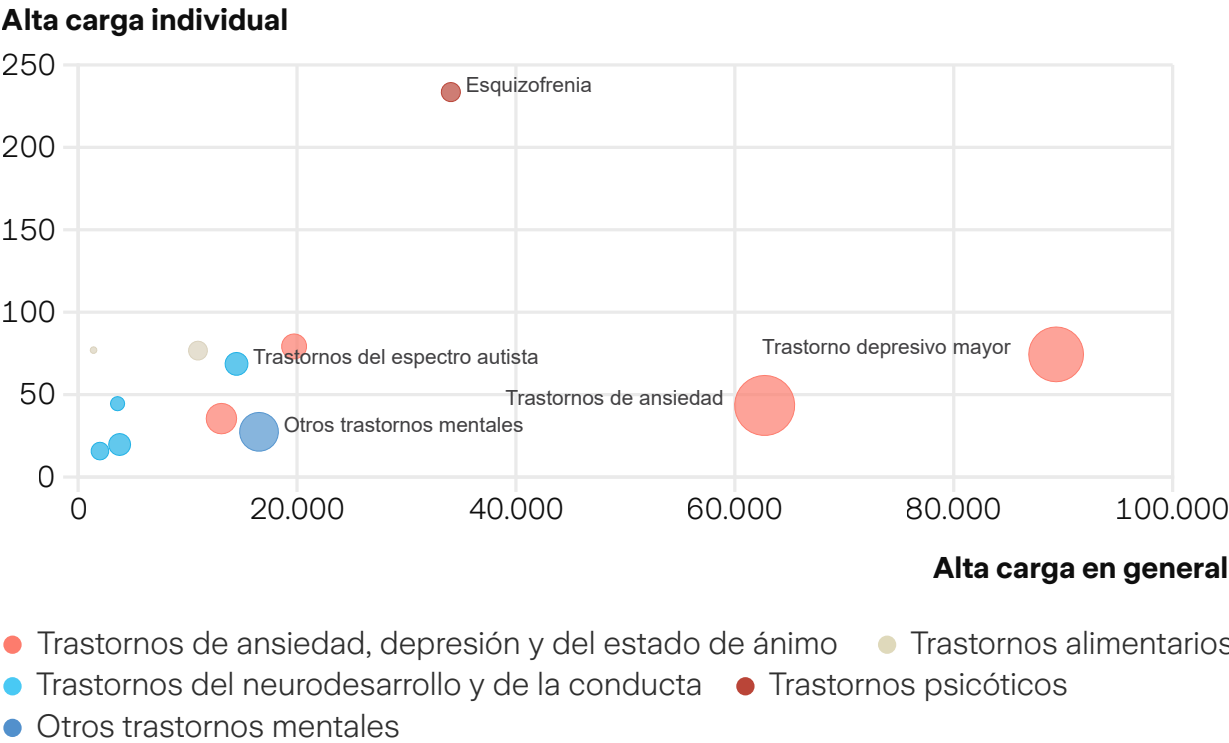
en el valor de los cuidados informales, además del apoyo del sistema existente.

En conjunto, estas cifras representan el costo de oportunidad anual de las afecciones de salud mental o, dicho de otro modo, el valor que podría recuperarse mediante una prevención más eficaz, una intervención temprana y un apoyo sostenido.

Personas: una pérdida de casi una quinta parte de un año de vida saludable.

Se estima que, en 2026, la persona promedio que vive con una afección de salud mental en los Emiratos Árabes Unidos perderá alrededor de dos meses (65 días) de vida saludable por año. A nivel nacional, esto equivale a más de 292.000 años de vida saludable perdidos, valorados en AED 132 mil millones y que aumentarán a más de AED 145 mil millones para 2030.³

EAU: impacto de las afecciones de salud mental en la morbilidad (2026)
Estimación de la discapacidad individual (días vividos con una discapacidad) y proporción de la carga total de la enfermedad (% del total de años vividos con discapacidad), por afección.



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Los impactos en el bienestar están determinados tanto por la escala como por la gravedad.

La mayor parte del impacto en el bienestar (93 %) se debe a la morbilidad, lo que refleja los desafíos del funcionamiento diario asociados con las afecciones de salud mental. En los Emiratos Árabes Unidos, la carga se distribuye de manera más uniforme entre las distintas afecciones, y los resultados están determinados tanto por afecciones de alta prevalencia y gravedad moderada como por trastornos de menor prevalencia y alta gravedad:

- Condiciones de mayor prevalencia:** la ansiedad y el trastorno depresivo mayor representan en conjunto más de la mitad de todos los años vividos con discapacidad (56 %, o AED 71 mil millones). Esto concuerda con su prevalencia, pero la concentración es menor que en el Reino Unido o Australia. Sin embargo, el trastorno depresivo mayor se asocia con un deterioro más prolongado: 74 días al año, en comparación con los 43 días de la ansiedad.
- Condiciones de mayor gravedad:** entre los trastornos del neurodesarrollo, el autismo representa la mayor parte del impacto (5 %, o casi AED 7 mil millones), lo que refleja una discapacidad comparativa (69 días de vida saludable perdidos por año por persona, en comparación con 16 días para el TDAH).

El perfil de los Emiratos Árabes Unidos pone de manifiesto la necesidad de respuestas complementarias: Intervenciones escalables que reduzcan la carga acumulativa de afecciones comunes y capacidad especializada para apoyar a quienes padecen enfermedades mentales graves o complejas.

Como reflejo de su prioridad a largo plazo en materia de salud mental, el gobierno de los EAU ha seguido invirtiendo en nuevas instalaciones, servicios de telepsiquiatría e innovación público-privada. Ejemplos recientes incluyen la ampliación de los programas de detección preventiva del Centro de Salud Pública de Abu Dhabi para incluir evaluaciones de salud mental y el Hospital Al Amal en Dubái, el primer centro especializado en salud mental acreditado internacionalmente en Medio Oriente, que ofrece atención multidisciplinaria de alta intensidad junto con un apoyo comunitario en expansión.⁴

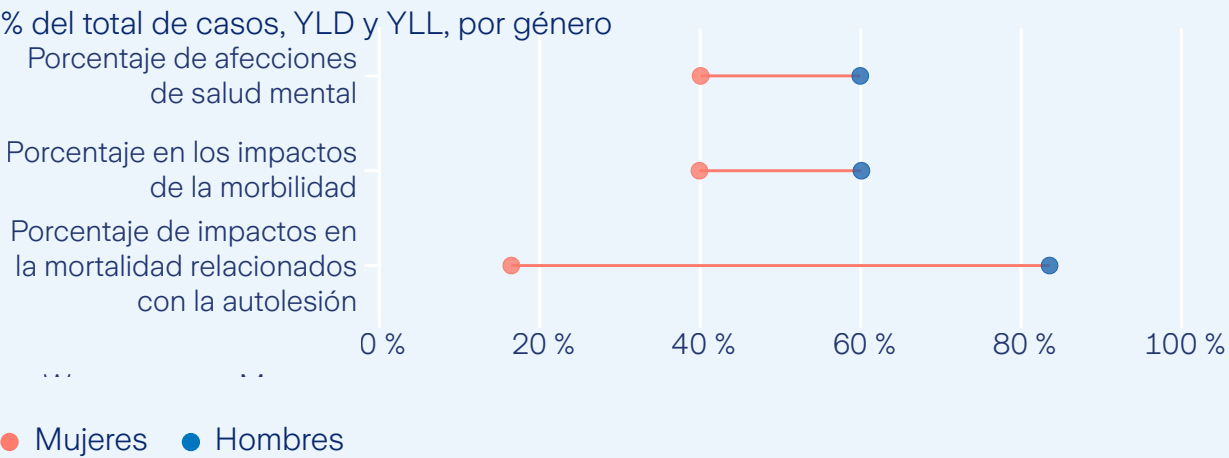
3. Incluye la autolesión. Se ha aplicado un valor de año de vida estadístico de USD 127.000.
4. UAE. [Mental health](#) (2026); ADPHC. [Mental health](#) (2023).

Brechas de género en los EAU

El género influye en cómo se experimentan y se gestionan las afecciones de salud mental en la población de los EAU. Los hombres representan una mayor proporción de la pérdida de bienestar en general (alrededor del 60 % de la carga total de enfermedades y la morbilidad relacionada), un patrón impulsado principalmente por la composición demográfica del país.

Al mismo tiempo, las afecciones de salud mental son más comunes y crecen más rápidamente entre las mujeres. En 2026, se estima que la prevalencia entre las mujeres será del 16 % (un crecimiento anual promedio del 2,8 %), en comparación con una prevalencia del 14 % y un crecimiento anual del 1,8 % entre los hombres.

EAU: impactos proyectados de las afecciones de salud mental en el bienestar según el género (2026)



Fuentes primarias: [IHME \(2025\)](#), [Banco Mundial \(2025\)](#).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.



Productividad: potencial económico perdido

Los costos de las enfermedades mentales para las personas no terminan con el bienestar. Las afecciones de salud mental afectan la capacidad de incorporarse al mercado laboral, mantener puestos de trabajo a tiempo completo, desempeñarse de forma constante y conservar el empleo. En el mercado laboral de los EAU, altamente dinámico y con gran movilidad internacional, estos impactos tienen consecuencias significativas para los empleadores, las compañías aseguradoras y la economía en general, pero sobre todo para la numerosa fuerza laboral expatriada, donde el estatus de visa y residencia está estrechamente ligado al empleo.

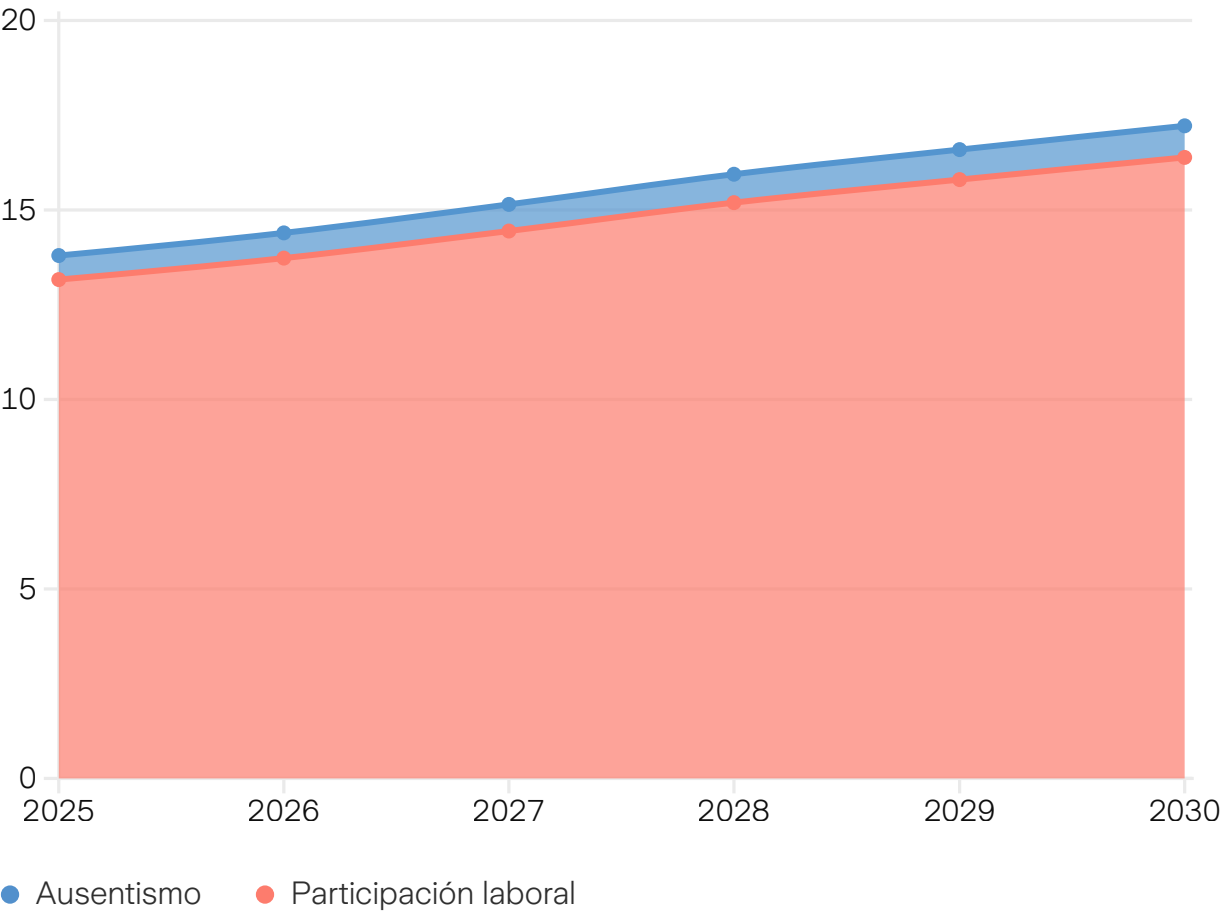
En este contexto, invertir en salud mental podría mejorar el potencial económico general. Utilizando estimaciones conservadoras basadas en indicadores internacionales,⁵ se estima que la pérdida de salarios (que combina la reducción de la participación en la fuerza laboral y el ausentismo) superará los AED 14 mil millones en 2026, y aumentará a AED 17 mil millones en 2030.⁶

Estas pérdidas relacionadas con la productividad, que representan aproximadamente el 0,7 % del PIB, ponen de manifiesto la importante oportunidad de mejora. El aumento de la inversión en sistemas de protección de la salud mental, que actualmente representan alrededor del 0,1 % del PIB, podría ayudar a reducir estas pérdidas y mejorar la productividad general.

5. Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

6. Las tasas de prevalencia de trastornos de salud mental dentro de la población en edad laboral reflejan las tasas generales: El 15,5 % de la población en 2026.

EAU: impacto económico proyectado de las afecciones de salud mental (2025-2030)
Ausentismo laboral y pérdidas de participación laboral asociadas a afecciones de salud mental, miles de millones de AED



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

La participación de la fuerza laboral es el desafío más grande, y menos visible

El ausentismo laboral representa el 5 % de las pérdidas de productividad (AED 700 millones en 2026).⁷ En promedio, los empleados en los EAU solo toman 0,2 días de licencia médica por motivos de salud mental al año.⁸ Esto podría indicar subregistro o adaptaciones informales fuera de los canales de licencia formal, más que una ausencia de necesidad.

Si bien el ausentismo laboral es visible para los empleadores, representa solo una pequeña fracción de la pérdida total de productividad. El impacto mucho mayor proviene de la reducción de la participación en la fuerza laboral.

Las barreras para acceder o reincorporarse al mundo laboral implican que algunas personas con afecciones de salud mental no pueden participar plenamente en el mercado laboral. Se estima que la tasa de empleo para las personas sin afecciones de salud mental es del 86 %, en comparación con el 78 % para aquellas que sí las padecen; una diferencia de 8 puntos porcentuales que se traduce en casi AED 14 mil millones en salarios perdidos.

Si bien la brecha de empleo en los Emiratos Árabes Unidos es menor que en otros mercados analizados, refleja un mercado laboral estructuralmente distinto. Este perfil está configurado por varios factores:

- **Dinámica del mercado laboral:** los trabajadores expatriados que no puedan mantener su empleo debido a una enfermedad pueden perder la elegibilidad para obtener una visa, lo que limita el desempleo de larga duración en el país.
- **Infradiagnóstico:** el estigma persistente y la dependencia del apoyo familiar pueden significar que algunas necesidades se gestionen de manera informal dentro de las familias y nunca lleguen a los sistemas clínicos o de recursos humanos, lo que podría subestimar el impacto en el empleo.
- **Nuevas protecciones legales:** la Ley Federal de Salud Mental, en vigor desde 2024, restringe el despido o la discriminación por motivos de salud mental. Una implementación eficaz podría facilitar intervenciones más tempranas y reducir, con el tiempo, las salidas definitivas del mercado laboral.

7. Aunque se denomina “salario perdido” a efectos de valoración, la persona sigue recibiendo el salario si la ausencia se realiza bajo los derechos de licencia médica remunerada.

8. El ausentismo laboral se expresa como el promedio de días de licencia médica adicionales por trabajador relacionados con la salud mental. La cifra incluye tanto a trabajadores con problemas de salud mental como a aquellos que no los tienen.

Para contener las pérdidas de productividad se necesita algo más que acceso a la atención médica. El diagnóstico y el tratamiento deben ir acompañados de prácticas laborales que permitan una participación continua, una rehabilitación oportuna y vías efectivas para la reincorporación al trabajo.

El asesoramiento psicológico se ha convertido en un pilar fundamental del apoyo a la salud mental en los Emiratos Árabes Unidos, y cada vez más empleadores lo incluyen en sus planes de seguro médico. La mayor toma de conciencia después de la COVID-19 y la legislación progresista han impulsado a las compañías aseguradoras a ofrecer una cobertura integral. Esto refleja un firme compromiso nacional con el bienestar integral.

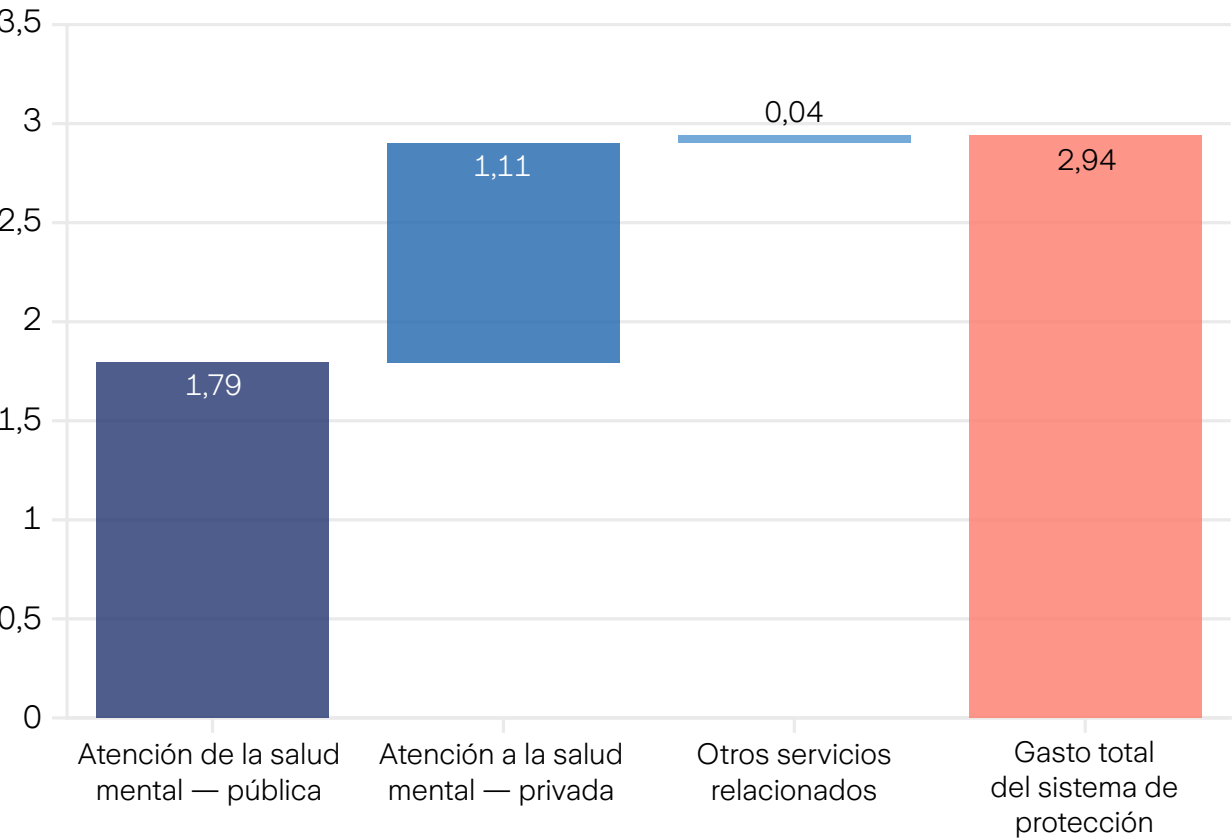
En los Emiratos Árabes Unidos, donde los empleadores son la principal vía de acceso a la atención médica para la mayoría de los residentes, integrar la identificación temprana, la gestión de casos y el apoyo para la reincorporación al trabajo en los planes de salud grupales ofrece una forma práctica de reducir la pérdida de productividad y, al mismo tiempo, mejorar los resultados para las personas.



Sistemas de protección: la familia como apoyo de primera línea

EAU: Sistemas de protección de la atención de la salud mental (2030)

Gasto proyectado, miles de millones de AED



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

El gasto en salud mental en los Emiratos Árabes Unidos sigue siendo modesto en comparación con otros países de altos ingresos analizados. En los programas gubernamentales, de atención médica privada y de bienestar social, se prevé que el gasto formal en salud mental aumente a AED 3 mil millones para 2030 (lo que representa una tasa de crecimiento anual promedio del 2,2 %), equivalente a aproximadamente el 0,1 % del PIB.

Este patrón coincide con el perfil general de gasto en salud de los Emiratos Árabes Unidos: El gasto en salud representó el 5 % del PIB en 2023, cifra inferior al 10 % o más observado en Australia, el Reino Unido y Alemania.⁹ A pesar del compromiso político de larga data con la salud mental, y la inversión en puntos de acceso digital e infraestructura de servicios, la capacidad especializada sigue siendo limitada, con solo 4,6 psiquiatras por cada 100.000 habitantes en 2023.¹⁰

Sin embargo, los niveles de gasto no deben interpretarse de forma aislada como inherentemente positivos o negativos. Reflejan características más amplias del sistema, incluyendo la prevalencia comparativa, el equilibrio entre prevención y tratamiento, y el grado en que los costos se comparten entre el gobierno, los proveedores privados, las compañías aseguradoras y los individuos.

En los Emiratos Árabes Unidos, el gobierno financia aproximadamente dos tercios (62 %) del gasto formal en salud mental. Pero esto solo abarca el apoyo brindado a través de clínicas, hospitales y programas estructurados. Esto no refleja el importante apoyo que se brinda dentro de los hogares, una característica fundamental del panorama de la salud mental en los Emiratos Árabes Unidos.

El cuidado informal soporta la carga

En los EAU, la base del apoyo a la salud mental reside en la fortaleza de las familias y las comunidades. Los valores culturales que enfatizan la cohesión familiar, los hogares multigeneracionales y las sólidas redes sociales crean un entorno de apoyo donde las personas se sienten cómodas recurriendo a familiares y personas de confianza en busca de cuidado y

9. OECD. [Health at a Glance 2023](#) (2023).

10. WHO. [Mental health atlas 2024](#) (2025).

orientación. Este patrón se observa tanto en las comunidades emiratíes como en las de expatriados, incluidas las indias, árabes y muchas otras, donde los estrechos lazos familiares suelen ser la primera línea de apoyo, ofreciendo comprensión y resiliencia en momentos de necesidad.

Estas estrechas relaciones reflejan la realidad cotidiana de la vida en los Emiratos Árabes Unidos, donde el apoyo comienza en casa y se comparte de forma colectiva. Resulta alentador que la toma de conciencia y la apertura en torno a la salud mental sigan creciendo, y que cada vez más personas busquen atención profesional cuando la necesiten, involucrando a menudo a miembros de la familia en su proceso de tratamiento. La cultura y el bienestar espiritual siguen siendo parte integral del enfoque general.

En cierta medida, estos aspectos únicos de la sociedad de los Emiratos Árabes Unidos fomentan un bienestar integral, donde la salud mental se cultiva a través de conexiones sólidas, responsabilidad compartida y una creciente apertura hacia la salud mental.

Se estima que la atención informal a la salud mental ascenderá a casi AED 34 mil millones en 2026, cifra que aumentará a cerca de AED 39 mil millones en 2030, superando con creces el gasto del sistema formal.

La dependencia de las redes informales conlleva varias implicaciones:

- **Soporte oportuno y confiable:** las familias pueden brindar asistencia temprana y flexible, pero la fuerte dependencia de los hogares puede desviar las presiones emocionales y económicas de los servicios formales y las compañías aseguradoras, recayendo a menudo de manera desproporcionada sobre las mujeres en hogares multigeneracionales.
- **Impacto en los cuidadores:** las responsabilidades de cuidado pueden reducir la participación laboral del cuidador, generando pérdidas de productividad adicionales a las ya cuantificadas.

A medida que aumenten las necesidades de atención a la salud mental, crecerá la demanda tanto en los sistemas formales como en los informales. Las recientes inversiones ponen de manifiesto los esfuerzos por fortalecer la intervención temprana y ampliar el acceso, y dado que 2026 ha sido declarado el “Año de la Familia” en los EAU, la cohesión familiar y el bienestar de la comunidad se encuentran en el centro de la atención nacional. Seguir ampliando la atención ambulatoria accesible y las vías de apoyo temprano será fundamental para mantener a las familias como un pilar central del modelo de bienestar preventivo de los EAU, evitando al mismo tiempo una dependencia excesiva del apoyo no remunerado.



1.700 millones de horas

de atención de salud mental no remunerada prestadas por las familias y las redes informales en los Emiratos Árabes Unidos para 2030.



En los EAU, tu principal red de apoyo no es una clínica, sino las personas que mejor te conocen. Los signos de angustia suelen ser manejados en privado por las familias y las redes cercanas, lo que retrasa el acceso a la atención especializada.

Dr. Khatchik Kinoyan, Chief Underwriter, Zurich Medio Oriente

Aspecto destacado

La inclusión como política preventiva

Los EAU están concibiendo cada vez más la inclusión como un enfoque preventivo para la atención de la salud mental, lo que se manifiesta de forma más visible a través de la Política Nacional de 2026 para el Empoderamiento de las Personas con Determinación. El término “Personas con Discapacidad” se refiere a las personas con discapacidades físicas, sensoriales, de aprendizaje o cognitivas, y la Política tiene como objetivo garantizar la participación equitativa en la sociedad, la educación y el empleo.

Esta política busca fortalecer los puntos de acceso a la intervención temprana, promover la escolarización inclusiva, ampliar el acceso a los servicios de salud mental y rehabilitación, y garantizar que los espacios públicos, los lugares de trabajo y las comunidades sean accesibles. Se basa en el reconocimiento de que la exclusión, el aislamiento y las barreras a la participación son factores importantes que influyen en peores resultados en materia de salud mental.

Al ampliar el acceso, reducir la marginación y reforzar la dignidad y la igualdad de oportunidades, la Política sirve como un marco preventivo para el bienestar, que apoya la atención de la salud mental al fomentar la inclusión, la participación y un mayor sentido de pertenencia.



De la conciencia a la conexión: ¿dónde está la próxima oportunidad de los EAU?

Los Emiratos Árabes Unidos cuentan con claras fortalezas para responder a las crecientes necesidades de atención a la salud mental: Un sistema de atención médica en rápida evolución, una sólida base en políticas de bienestar y la capacidad de actuar con rapidez una vez definidas las prioridades. Los seguros financiados por el empleador proporcionan una plataforma amplia para ampliar el acceso, mientras que las redes familiares y comunitarias fortalecen el apoyo social.

El siguiente paso consiste en traducir este conocimiento en una capacidad consistente y escalable. En un sistema donde los empleadores y las compañías aseguradoras privadas son los principales puntos de acceso para gran parte de la población, la intersección entre la prevalencia, la participación en la fuerza laboral y los sistemas de protección es particularmente importante. En un mercado laboral con una alta concentración de expatriados, una ausencia prolongada puede derivar en la pérdida del empleo y del permiso de residencia, lo que subraya la importancia del apoyo temprano. Esto significa:

1. **Intervenir pronto, idealmente mientras la persona todavía esté trabajando.** El apoyo debe comenzar antes de la finalización del empleo, y los puntos de contacto en la atención primaria y en el lugar de trabajo deben poder evaluar, clasificar y derivar a los pacientes a los servicios ambulatorios de salud mental cubiertos por la ley. La gestión de casos por parte del empleador puede coordinar las prestaciones, la atención clínica y los ajustes laborales.
2. **Normalizar la capacidad parcial y el regreso gradual al trabajo.** Las tareas flexibles, la reducción de la jornada laboral y las adaptaciones por tiempo limitado ayudan a mantener la vinculación con el mercado laboral y a reducir el riesgo de salida del país por motivos relacionados con el visado. Ofrecer mayor flexibilidad a los cuidadores, siempre que sea posible, también puede reducir las pérdidas de productividad secundarias.
3. **Realiza un seguimiento de los resultados correctos.** En una fuerza laboral con alta movilidad, indicadores como el tiempo hasta la primera solicitud de asistencia, el tiempo de reincorporación, las tasas de asistencia sostenida y los episodios repetidos ofrecen una imagen más precisa que los días de ausencia indicados en la tabla. El bajo índice de ausentismo registrado puede enmascarar una necesidad subyacente; la participación y la retención son indicadores de éxito más significativos.

La armonización de los procedimientos empresariales, los sistemas de prestaciones y la capacidad clínica comunitaria en torno al apoyo temprano y la reincorporación gradual al trabajo puede aliviar la presión sobre los hogares, reducir la dependencia de los cuidados no remunerados y preservar la participación en la fuerza laboral. En los Emiratos Árabes Unidos, donde empleadores, proveedores y compañías aseguradoras ya interactúan en el ámbito laboral, la oportunidad ahora reside en hacer que esa interacción sea más temprana, clara y predecible, para que los problemas temporales de salud mental no se conviertan en una desconexión a largo plazo con el empleo.

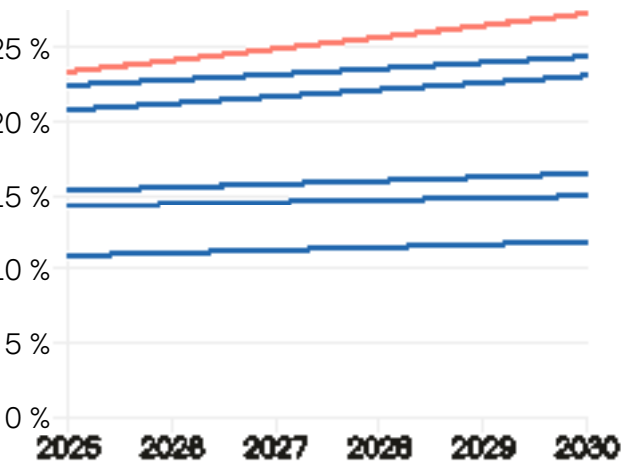




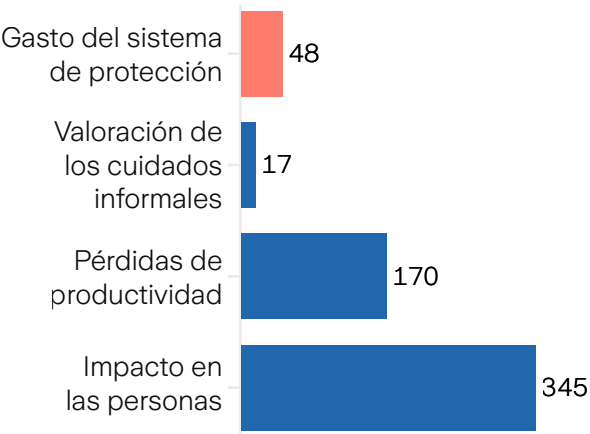
Una transición interrumpida de la educación al empleo

Esta sección reúne los datos, modelos y análisis de políticas más recientes para comprender la magnitud, los factores determinantes y las implicaciones de las afecciones de salud mental en el Reino Unido. Nos centramos en tres pilares: las personas (el impacto humano), la productividad (las consecuencias económicas) y los sistemas de protección (las presiones del sistema y el panorama político) son factores que están configurando la prevención, la intervención temprana, el acceso al apoyo y la recuperación a largo plazo. El objetivo es ofrecer una visión clara y basada en la evidencia sobre el panorama de la salud mental en el país y destacar oportunidades selectas para la acción estratégica con el fin de fortalecer el bienestar, la resiliencia y la inclusión en los próximos años.

Se prevé que para 2030, las afecciones de salud mental afecten a más de 1 de cada 4 personas que viven en el Reino Unido (27 %)



Impactos estimados en los sistemas de personas, productividad y protección (2030)
Miles de millones de GBP



Para 2030, se prevé que una persona promedio que vive en el Reino Unido con una afección de salud mental se enfrente a lo siguiente:

Menor número de días de vida saludable perdidos



63 días

de vida saludable perdidos al año.

Brecha de empleo promedio elevada



29 %

de brecha de empleo en comparación con las personas sin afección de salud mental.

Menor promedio de días de licencia médica



0,6 días

de licencia médica adicional por motivos de salud mental al año.

Menor gasto de bolsillo



18 %

de los costos del tratamiento cubiertos por gastos directos.

Menor cantidad de horas anuales de atención informal



51 horas

de cuidados informales recibidas al año.

Prevalencia: las enfermedades mentales están surgiendo antes de que comience el trabajo

Las afecciones de salud mental se encuentran entre las presiones económicas y de salud pública más importantes del Reino Unido. Se estima que para 2030, el 32 % de los adultos en edad laboral vivirán con una afección de salud mental, la prevalencia más alta de cualquiera de los seis mercados analizados.

En parte, esto refleja un reconocimiento más temprano de la enfermedad en un espectro más amplio de gravedad, respaldado por vías de atención primaria bien establecidas, chequeos preventivos generalizados, una fuerte apertura cultural y la ampliación de las vías de acceso al apoyo a través de escuelas, lugares de trabajo y plataformas digitales.

Un diagnóstico precoz aporta claros beneficios para el tratamiento. Pero en el Reino Unido, las afecciones de salud mental se detectan a edades más tempranas y están aumentando más rápidamente entre los adolescentes que en cualquier otro grupo. Si las tendencias actuales continúan, se prevé que para 2030 casi dos de cada tres jóvenes (64 %) de entre 15 y 19 años vivirán con una afección de salud mental, al igual que tres de cada diez (30 %) de los niños de entre 10 y 14 años.

Cada vez se diagnostican más enfermedades antes incluso de que las personas accedan al mercado laboral, y las consecuencias ya son visibles. Casi un millón de jóvenes (el 13 % de los que tienen entre 16 y 24 años) actualmente no estudian, no trabajan ni reciben formación (o NEET)¹ el nivel más alto en cinco años. Muchos jóvenes experimentan actualmente afecciones de salud mental que les impiden por completo acceder al mercado laboral, lo que significa que nunca desarrollan las habilidades, la confianza y la experiencia laboral necesarias para una participación a largo plazo. Esta dinámica está transformando los cimientos de la fuerza laboral del futuro y amplificando las pérdidas de productividad a largo plazo.

- 1. Oficina Nacional de Estadística (ONS). [Young people not in education, employment or training \(NEET\)](#) (publicado el 26 de febrero de 2026).
- 2. Reconociendo que, hasta un tercio de los adultos en ciertos segmentos de la población, incluidos los hombres, los grupos étnicos minoritarios y los hogares de bajos ingresos, permanecen sin diagnosticar: Morris, S. *et al.* (2025) Adult Psychiatric Morbidity Survey – Survey of Mental Health and Wellbeing, England, 2023/4.

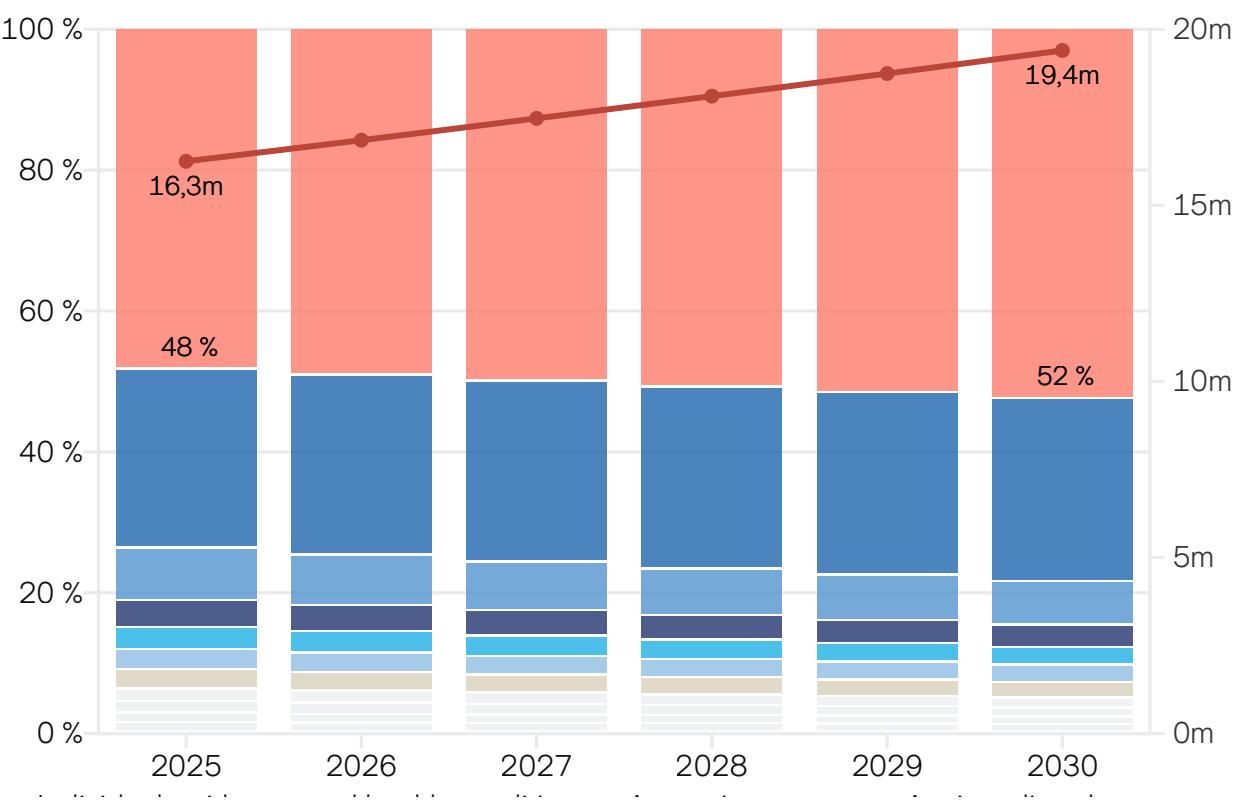
La atención política se ha desplazado en consecuencia. El informe Revisión del programa Keep Britain Working ha situado la inactividad económica en el centro de la agenda de salud mental, junto con un mayor acceso a las terapias de conversación del NHS y a los programas de intervención temprana.

El principal desafío del Reino Unido ya no consiste en reconocer la enfermedad mental,² sino en garantizar que la identificación temprana no se convierta en exclusión temprana, vinculando el reconocimiento con vías que preserven la participación antes de que la interrupción se consolide en inactividad a largo plazo.



Reino Unido: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental (2025-2030)

Proyección de la proporción de casos por afección (%) y número total de personas con una afección de salud mental (millones)



- Personas con una afección de salud mental
- Anorexia nerviosa
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- Trastornos del espectro autista
- Trastorno bipolar
- Bulimia nerviosa
- Trastorno de conducta
- Distimia
- Discapacidad intelectual del desarrollo idiopática
- Trastorno depresivo mayor
- Esquizofrenia
- Otros trastornos mentales

Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).

Total number of Personas con una afección de salud mental accounts for co-morbidities.

Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

La ansiedad está provocando disfunciones

Se estima que cerca de 17 millones de personas (el 24 % de la población total) viven actualmente con una afección de salud mental, cifra que aumentará a más de 19 millones (el 27 %) para 2030, lo que representa la tasa de crecimiento anual promedio más rápida entre todos los mercados analizados, con un 3,6 %.

Es probable que esta aceleración refleje tanto el aumento de los factores de riesgo, como la presión socioeconómica sostenida, como una mejor detección de afecciones crónicas y del neurodesarrollo.

Los trastornos de ansiedad (49 %) y el trastorno depresivo mayor (26 %) representan la mayoría de los casos registrados en 2026. Este patrón es característico de los sistemas de alta visibilidad, donde la búsqueda temprana de ayuda, un papel fundamental de la atención primaria y la apertura cultural permiten que los malestares leves, episódicos y situacionales se integren en los canales formales junto con las afecciones más persistentes.

Al igual que en Australia, la ansiedad funciona, por lo tanto, como un indicador de la precocidad y la amplitud con que el sistema identifica las necesidades. Esta amplia visibilidad es, en principio, una ventaja, ya que permite la estabilización antes de que se produzca un deterioro. Pero también provoca un fuerte aumento de la demanda de terapias psicológicas, lo que contribuye al incremento de los tiempos de espera y a un acceso desigual.



El perfil juvenil del Reino Unido es el más marcado de los países analizados

La prevalencia es mayor al final de la adolescencia y al principio de la edad adulta, debido a una combinación de factores como la reducción del estigma, la exposición a las redes sociales, la presión académica, la incertidumbre económica y una fuerte implicación en las escuelas y universidades. Los jóvenes acceden a los servicios antes o durante las transiciones clave de las etapas de la vida: formación para el trabajo, empleo precoz y primeros años de vida independiente.

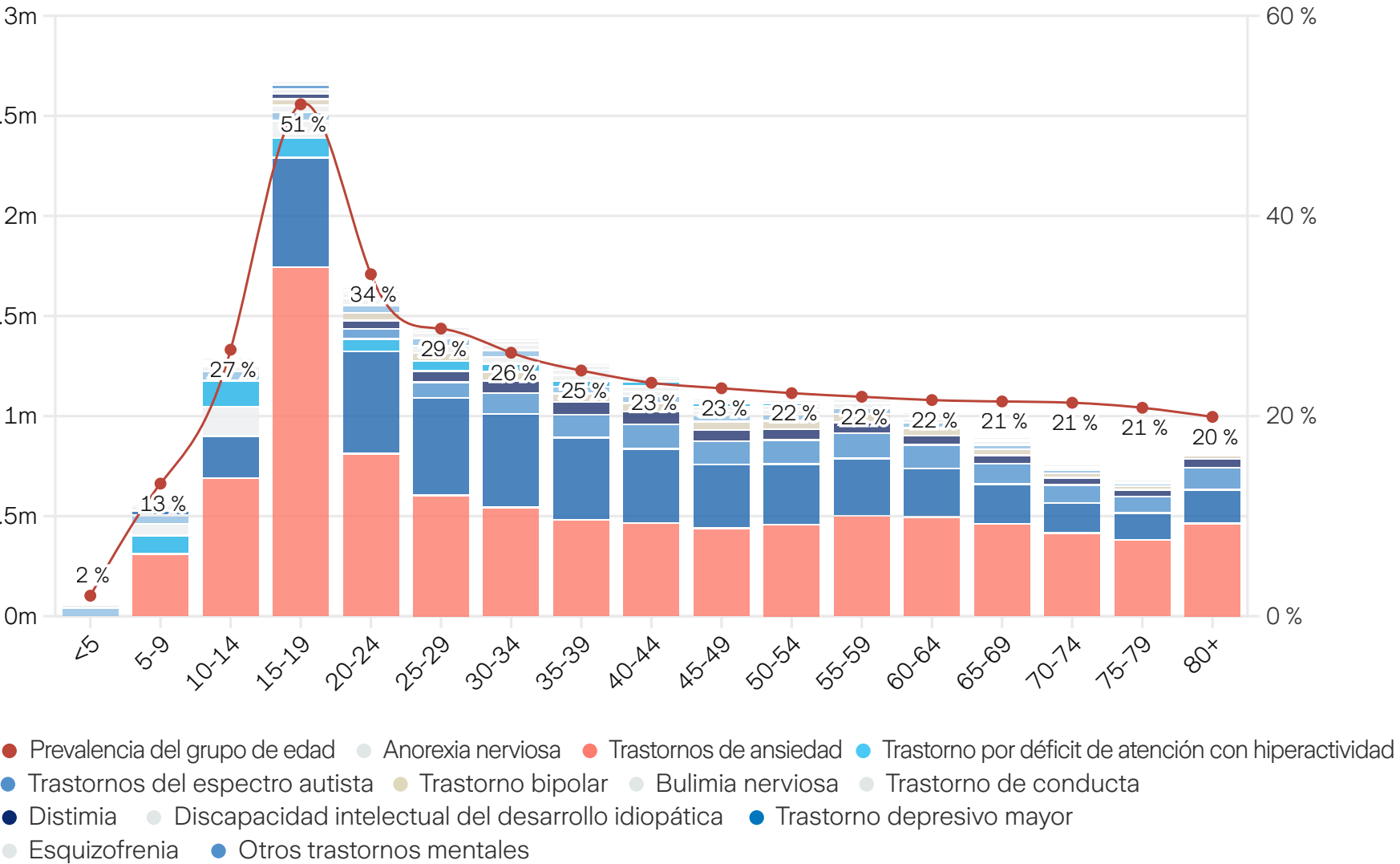
Cuando el apoyo en estos momentos se retrasa o se fragmenta, los primeros síntomas pueden convertirse fácilmente en una participación interrumpida, una recuperación prolongada o ciclos repetidos de desvinculación.



El aumento de las necesidades de atención a la salud mental entre los jóvenes es el comienzo de una oleada que moldeará la fuerza laboral del Reino Unido durante una generación. Actuar con prontitud es la única manera de evitar que los desafíos de hoy se conviertan en la crisis de mañana.

**Peter Hamilton, Head of Market Engagement,
Zurich UK Life**

Reino Unido: prevalencia proyectada de afecciones de salud mental por edad
Número de afecciones de salud mental (millones) y tasa de prevalencia (%) por grupo de edad



Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).
La prevalencia proyectada por grupo de edad (%) Incluye comorbilidades.
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Un mercado con alta toma de conciencia e identificación temprana

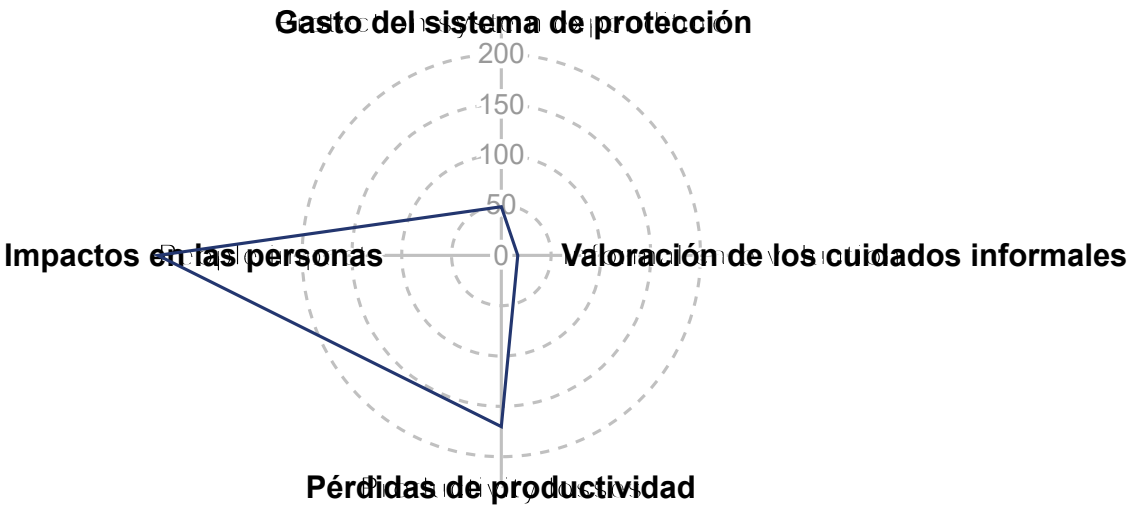
Estas dinámicas otorgan al Reino Unido una característica de prevalencia distintiva: alta visibilidad, gran carga de ansiedad, una demanda juvenil que aumenta drásticamente y una capacidad clínica que tiene dificultades para expandirse al mismo ritmo.

El reto no consiste solo en reconocer la necesidad, algo que el Reino Unido hace antes y de forma más exhaustiva que la mayoría de sus pares, sino en vincular ese reconocimiento con vías oportunas y proporcionadas que impidan que la angustia en las primeras etapas obstaculice la participación.

Porque la prevalencia por sí sola no refleja cómo las afecciones de salud mental influyen en el funcionamiento diario y en la demanda del sistema a largo plazo.

Reino Unido: impactos estimados en las personas, la productividad y los sistemas de protección (2030)

Miles de millones de GBP



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Para 2030, a pesar de un gasto público y privado combinado estimado en GBP 48 mil millones (1,5 % del PIB) en apoyo y protección de la salud mental, se proyecta que las afecciones de salud mental darán como resultado alrededor de:

GBP 345 mil millones

in wellbeing losses related to morbidity and mortality. en pérdidas de bienestar relacionadas con la morbilidad y la mortalidad.

GBP 170 mil millones

en reducción de la participación y el ausentismo laboral.

GBP 17 mil millones

en cuidados informales.

Estas pérdidas proyectadas ilustran la magnitud del valor que se pierde cada año debido a que las afecciones de salud mental limitan la participación, la productividad y el bienestar, y subrayan los beneficios potenciales de la intervención temprana, un sólido apoyo centrado en los jóvenes y un apoyo sostenido para la reincorporación al trabajo.

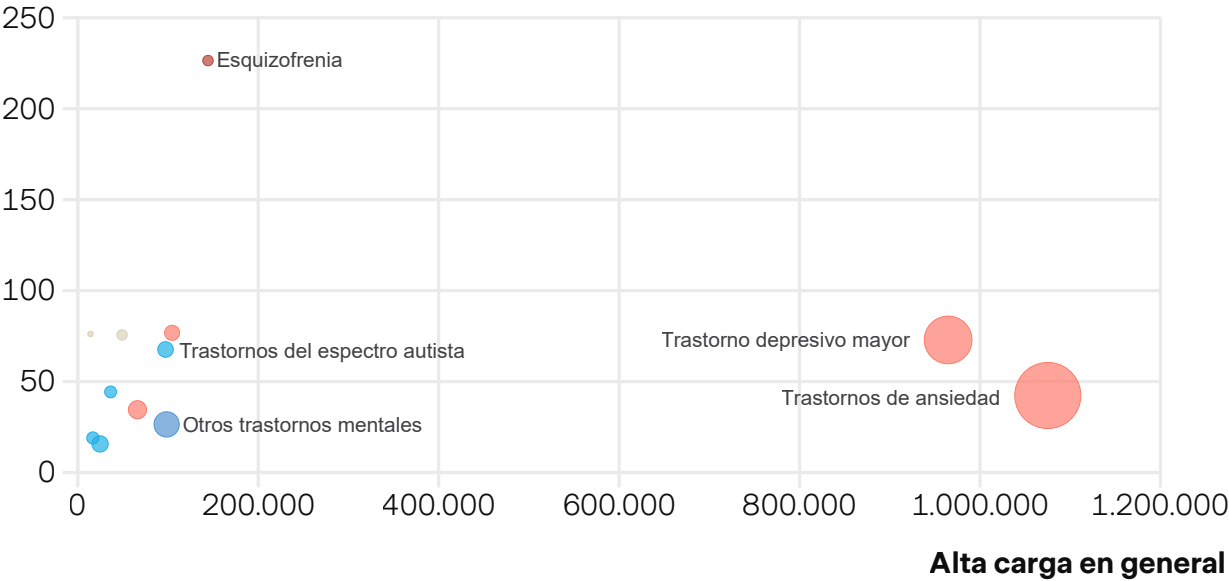
Personas: las condiciones comunes predominan en la pérdida acumulada

La pérdida de bienestar refleja el impacto personal de la salud mental: Los días en que una persona no puede funcionar a su capacidad habitual, los años dedicados a controlar síntomas persistentes y los momentos en que las afecciones de salud mental interrumpen el trabajo, el aprendizaje, las relaciones y la vida diaria.

Reino Unido: impacto de las afecciones de salud mental en la morbilidad (2026)

Estimación de la discapacidad individual (días vividos con una discapacidad) y proporción de la carga total de la enfermedad (% del total de años vividos con discapacidad), por afección.

Alta carga individual



- Trastornos de ansiedad, depresión y del estado de ánimo
- Trastornos alimentarios
- Trastornos del neurodesarrollo y de la conducta
- Trastornos psicóticos
- Otros trastornos mentales

Fuentes primarias: [IHME](#) (2025), [Banco Mundial](#) (2025).

Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

Se estima que, en 2026, la persona promedio que vive con una afección de salud mental o se autolesiona perderá 62 días de vida saludable al año, lo que contribuirá a la pérdida de casi 3 millones de años de vida saludable en todo el país, valorados en GBP 298 mil millones.³ La gran mayoría de esto se debe a la morbilidad (92 % en 2026).

Dos patrones configuran el perfil del Reino Unido:

- **Condiciones de mayor prevalencia:** los trastornos de ansiedad son la principal causa, responsables de más de un millón de años vividos con discapacidad en 2026. Junto con el trastorno depresivo mayor, que afecta a menos personas, pero con un deterioro diario promedio mayor, estas afecciones representan tres cuartas partes (76 %) de la morbilidad total.
- **Condiciones de mayor gravedad:** el autismo, el trastorno bipolar, los trastornos alimentarios y la esquizofrenia representan alrededor del 8 % de los casos, pero contribuyen con el 15 % de la morbilidad total, lo que refleja su naturaleza altamente incapacitante.

Como refleja los patrones de prevalencia, la pérdida de bienestar es mayor entre los adultos jóvenes en edad laboral, alcanzando un máximo de alrededor de 64 días vividos con discapacidad por año para las mujeres de 25 a 29 años (62 días para los hombres). Es en esta etapa cuando normalmente se consolidan las habilidades, la confianza y la vinculación con el mercado laboral, lo que significa que un deterioro temprano puede tener efectos duraderos en los ingresos, el progreso y la participación.

Las consecuencias van más allá de la salud. Las personas con afecciones de salud mental tienen 9,3 veces más probabilidades de tener dificultades económicas y 3,6 veces más probabilidades de atrasarse en el pago de sus facturas.⁴ Para quienes ya enfrentan inseguridad habitacional o empleo fragmentado, estas presiones pueden agravarse.

Para el Reino Unido, gestionar la magnitud del problema sin que ello oculte su gravedad será fundamental, reducir el impacto acumulativo de las afecciones comunes en sus primeras etapas, al tiempo que se garantiza la capacidad especializada para aquellos con afecciones graves o complejas. Si no se abordan, estas pérdidas a nivel individual pueden convertirse en una desventaja duradera.

3. Se ha aplicado un valor de USD 144.000 por año de vida estadístico y se ha convertido a GBP para reflejar las condiciones locales.

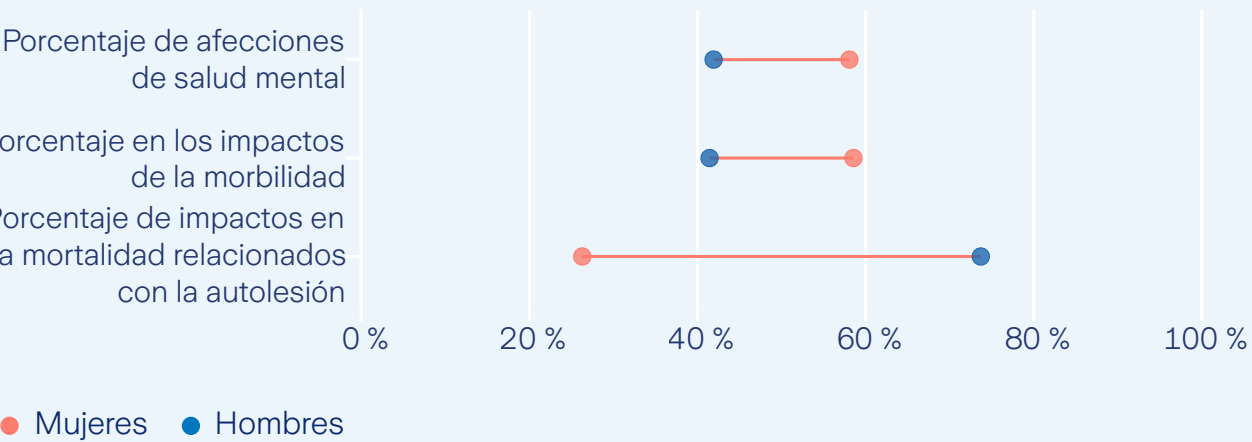
4. Instituto de Políticas de Dinero y Salud Mental. [Always on your mind](#) (2024).

Brechas de género en el Reino Unido

Las mujeres presentan una mayor prevalencia general de afecciones de salud mental (27 % en comparación con el 20 % entre los hombres), un crecimiento anual promedio más rápido (4 % frente al 3 %) y representan una mayor proporción de la carga total de enfermedades y de los impactos en el bienestar. Los hombres, por el contrario, experimentan consecuencias posteriores más graves, soportando una proporción desproporcionada de los impactos de mortalidad vinculados al suicidio.

Reino Unido: impactos proyectados de las afecciones de salud mental en el bienestar según el género (2026)

% del total de casos, YLD y YLL, por género



Fuentes primarias: [IHME \(2025\)](#), [Banco Mundial \(2025\)](#).
Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.



Productividad: se prevé que el impacto en el empleo supere el 5 % del PIB del Reino Unido para 2030.

Las afecciones de salud mental representan una de las amenazas más graves y persistentes para la productividad del Reino Unido. Se estima que la pérdida total de salarios derivada de la menor participación y el mayor ausentismo ascenderá a GBP 141 mil millones en 2026 (alrededor del 4,5 % del PIB), cifra que aumentará a GBP 170 mil millones en 2030.

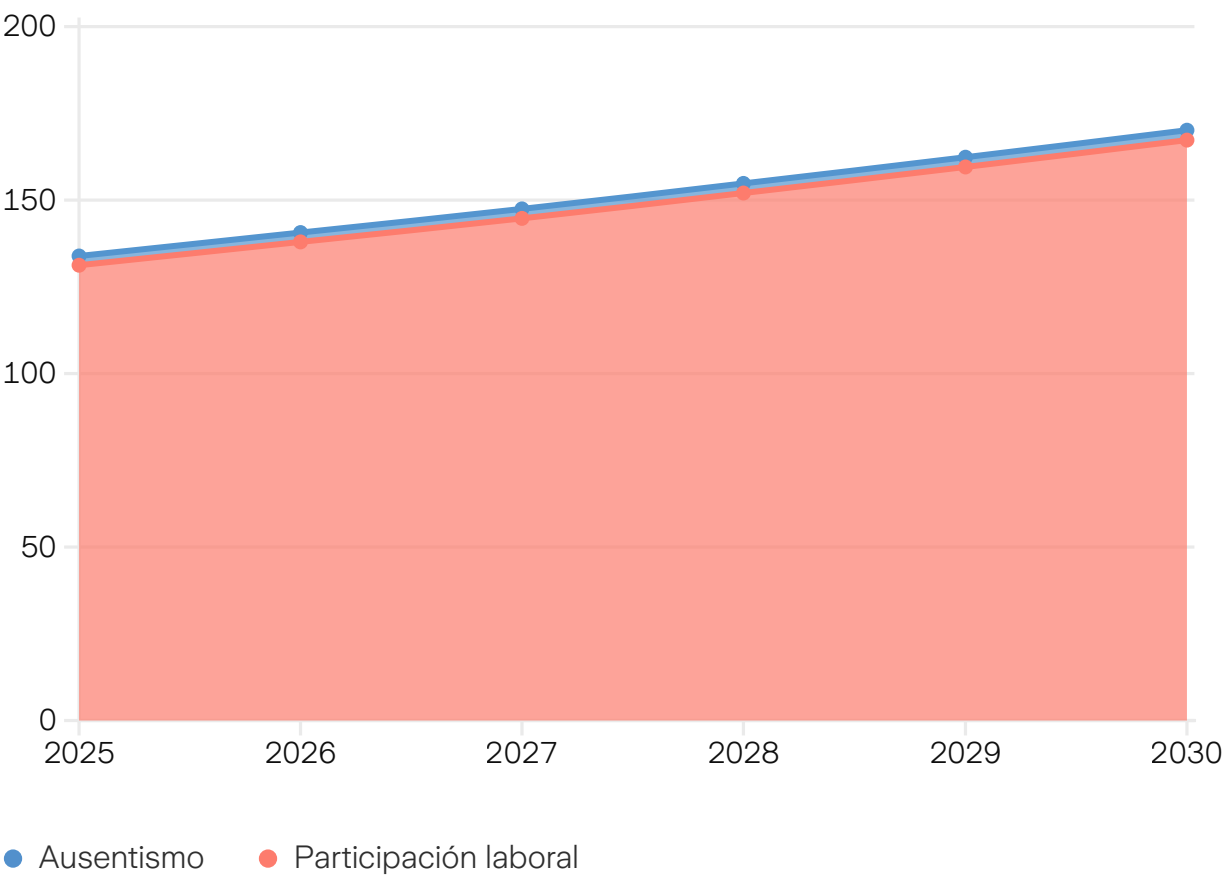
Las personas afectadas por afecciones de salud mental se enfrentan a una brecha de empleo de 29 puntos porcentuales

El principal factor que impulsa estas pérdidas es la ausencia prolongada de la fuerza laboral, no las licencias médicas de corta duración. En 2026, el 98 % de las pérdidas relacionadas con el empleo (GBP 138 mil millones) se derivarán de la reducción de la participación en la fuerza laboral. Esto refleja una brecha de empleo de 29 puntos porcentuales entre las personas con y sin afecciones de salud mental: El 82 % de las personas sin afecciones de salud mental tienen empleo, frente al 53 % de las que sí las tienen.

Esta brecha es uno de los hallazgos más importantes en el conjunto de datos del Reino Unido, y sustancialmente mayor que en mercados comparables como Alemania y Australia, donde las brechas de empleo se acercan a los 17 o 18 puntos porcentuales.

La brecha existente en el Reino Unido podría deberse a las barreras de entrada, y no solo a las salidas prematuras. Debido a que las afecciones de salud mental se concentran de manera desproporcionada en los grupos de edad más jóvenes, y el desempleo juvenil se encuentra en su nivel más alto en cinco años,⁵ un porcentaje cada vez mayor de jóvenes no puede conseguir su primer empleo.

Reino Unido: impacto económico proyectado de las afecciones de salud mental (2025-2030)
Ausentismo laboral y pérdidas de participación laboral asociadas a afecciones de salud mental, miles de millones de GBP



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos..

5. Oficina Nacional de Estadística (ONS). [Young people not in education, employment or training \(NEET\)](#) (publicado el 26 de febrero de 2026).

A medida que las vías de acceso se vuelven más limitadas, en parte debido a que la automatización y la IA reducen los puestos rutinarios y aumentan los requisitos de cualificación, las dificultades iniciales pueden retrasar o interrumpir estos primeros pasos. Esto dificulta generar confianza y estabilidad financiera, lo que a su vez puede aumentar la vulnerabilidad. Y cuando las personas nunca logran establecer una conexión estable con el mercado laboral, las consecuencias se acumulan a lo largo de su vida.

El rendimiento sigue siendo una presión secundaria

El ausentismo laboral sigue siendo un reto operativo, especialmente para las empresas más pequeñas. Se estima que, en 2026, el trabajador promedio del Reino Unido tomará 0,6 días de licencia médica por motivos de salud mental,⁶ lo que equivale a 18 millones de días laborales perdidos, el equivalente a casi GBP 3 mil millones en salarios.

El trabajo híbrido y a distancia puede dificultar la detección de los primeros síntomas, reduciendo la visibilidad diaria y retrasando la intervención, lo que aumenta el riesgo de que el malestar a corto plazo se convierta en una ausencia prolongada o en la renuncia.

Por lo tanto, reducir el ausentismo laboral es importante no solo para la estabilidad operativa, sino porque el tiempo fuera del trabajo se convierte rápidamente en inactividad a largo plazo. Según el informe *Revisión del programa Keep Britain Working*, las personas que han estado sin trabajo durante menos de un año tienen casi cinco veces más probabilidades de reincorporarse que aquellas que han estado ausentes durante más tiempo.⁷ Esto subraya la necesidad de una intervención rápida por parte de los empleadores y de planes estructurados de regreso al trabajo.

6. El ausentismo laboral se expresa como el promedio de días de licencia médica adicionales por trabajador relacionados con la salud mental. La cifra abarca tanto a trabajadores con condición de salud mental como a quienes no la tienen. Las variaciones en las licencias médicas registradas probablemente reflejan tanto los regímenes de notificación (por ejemplo, la autocertificación de siete días del empleado que existe en el Reino Unido), como los incentivos y las limitaciones del mercado laboral que determinan si el malestar se manifiesta como ausencias, licencias de larga duración o abandono del trabajo.

7. Departamento de Trabajo y Pensiones. [Keep Britain Working Review: Discovery](#) (2025)

18 millones de días

de licencia médica por afecciones de salud mental se estima que se tomarán los trabajadores del Reino Unido en 2026.

“

Un buen apoyo para la reincorporación al trabajo no solo restablece los ingresos, sino que también devuelve la confianza, la conexión y la sensación de posibilidad. Eso es lo que puede lograr una intervención temprana y coordinada.

**Nick Homer, Head of Market Management
– Corporate Risk, Zurich Reino Unido;**

Un nuevo papel para los empleadores del Reino Unido

La salud mental se ha convertido en un desafío laboral fundamental en el Reino Unido, y los empleadores se encuentran ahora en la primera línea de la respuesta nacional. La *Revisión del programa Keep Britain Working* señala un cambio claro: cuando los empleadores actúan con mayor antelación, y reciben el apoyo necesario para hacerlo, más personas se mantienen sanas en el trabajo, se recuperan más rápido y regresan antes.

Los empleadores detectan los trastornos primero, pueden ajustar el diseño del puesto de trabajo y pueden integrar el tratamiento con retornos graduales y con apoyo. También son las etapas de la vida más cercanas a acontecimientos que suelen desencadenar afecciones de salud mental, ya sea la vuelta a la maternidad tras la licencia o el duelo por la pérdida de un ser querido. Esto sitúa a los empleadores en el punto de detección más temprano y en la mejor posición para intervenir antes de que los trastornos se agraven.

Una fase “vanguardista” de tres años (2026-2029) reúne a más de 150 empleadores para crear un estándar de salud en el lugar de trabajo centrado en la contratación e incorporación, la prevención, la permanencia en el trabajo, la reincorporación laboral y la reubicación. Zurich Reino Unido ya aplica un enfoque que prioriza la prevención, con una red de 130 personas capacitadas en primeros auxilios de salud mental, sesiones periódicas de “Tiempo para hablar”, herramientas para la fuerza laboral que monitorean el bienestar y un apoyo ampliado para empleados neurodivergentes, que incluye evaluaciones, diseño de espacios de trabajo que tienen en cuenta las necesidades sensoriales, prácticas de contratación flexibles y tutoría inversa. Fuera del ámbito laboral, Zurich Reino Unido y la Fundación Z Zurich colaboran con la organización benéfica Ambitious About Autism en el programa “Autistic and OK”, una iniciativa que apoya la salud mental de los jóvenes autistas en las escuelas secundarias e incluye un kit de herramientas descargable para educadores y estudiantes.

La *Revisión del programa Keep Britain Working* también está considerando qué tipo de apoyo se podría brindar a empleadores y empleados. Un elemento que ya está marcando la diferencia son los planes de protección individual y colectiva, que pueden cubrir seguros de vida, enfermedades graves y protección de ingresos, y que cada vez más actúan como facilitadores de la prevención y la recuperación, brindando apoyo a lo siguiente:

- **Bienestar y prevención:** como líneas de ayuda para la salud mental, apoyo para la prevención del suicidio, apoyo psicológico temprano, talleres de bienestar en línea y programas de asistencia al empleado (PAE), que brindan asesoramiento confidencial y servicios de apoyo en crisis.
- **Identificación e intervención tempranas:** los datos de reclamaciones y las notificaciones tempranas pueden revelar patrones antes de que se desarrolle una ausencia prolongada, mientras que las evaluaciones aceleradas, el acceso virtual al médico de cabecera, el asesoramiento sobre traumas, duelo y crisis, el apoyo a la rehabilitación vocacional y la terapia psicológica pueden proporcionarse cuando aparecen los primeros síntomas.
- **Itinerarios estructurados de regreso al trabajo:** incluyendo la gestión de casos, adaptaciones en el lugar de trabajo, asesoramiento y reincorporaciones graduales.

Estos mecanismos ayudan a las personas a acceder al apoyo de forma temprana, evitando que una interrupción a corto plazo se convierta en una desvinculación a largo plazo. En conjunto, la orientación política, las prácticas empresariales y las estructuras que lo facilitan pueden transformar los lugares de trabajo, pasando de ser “puntos finales de la enfermedad” a espacios activos de prevención y recuperación, donde la reincorporación al trabajo funciona como una herramienta fundamental para mantener la participación.

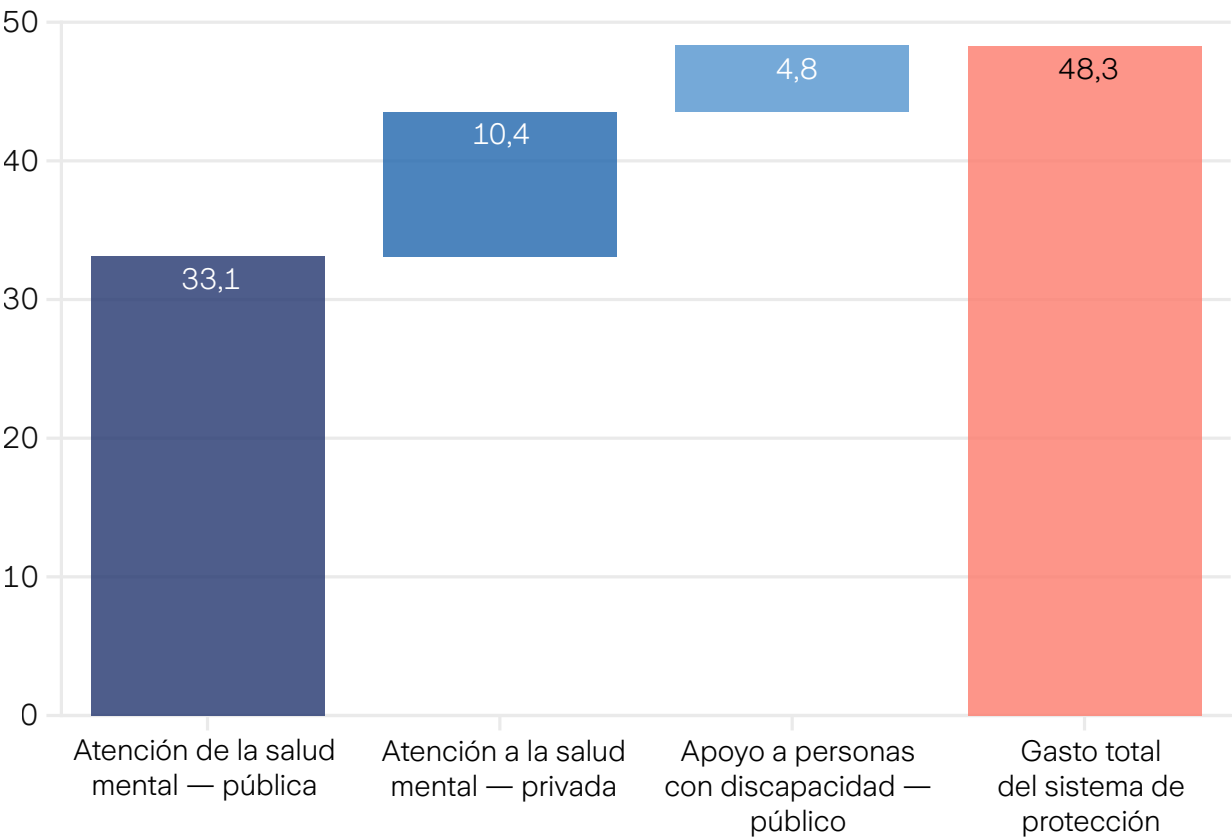


Sistemas de protección:

el acceso universal está bajo una presión creciente

Reino Unido: sistemas de protección de la atención de la salud mental (2030)

Gasto proyectado, miles de millones de GBP



Consulte la sección [Datos y Metodología](#) para un conjunto completo de fuentes de datos, suposiciones y cálculos.

En el Reino Unido, el apoyo a la salud mental se presta a través de un sistema de protección mixto que abarca la atención sanitaria financiada con fondos públicos, el gasto en atención sanitaria privada, la provisión de servicios a través de seguros y la atención informal no remunerada. Se estima que en 2026 el gasto total en salud mental ascenderá a GBP 42 mil millones (alrededor del 1,4 % del PIB), cifra que aumentará a GBP 48 mil millones en 2030. La mayor parte del gasto formal sigue financiándose con fondos públicos (78 %).

Sin embargo, los niveles de gasto por sí solos no son un indicador de la eficacia del sistema. La forma en que interactúan estos componentes es tan importante como la cantidad que se gasta, sobre todo en un sistema donde la creciente demanda ejerce una presión cada vez mayor sobre la atención primaria, los servicios especializados y las familias.

Para la mayoría de las personas, la atención primaria es el principal punto de entrada al sistema de salud mental. Los médicos de cabecera evalúan los síntomas, brindan apoyo inicial, recetan medicamentos cuando es necesario y derivan a los pacientes a servicios comunitarios o especializados. También son los profesionales clínicos que con mayor frecuencia emiten certificados de aptitud laboral por ausencias por enfermedad relacionadas con la salud mental, lo que los sitúa en la intersección entre la salud y el trabajo. Una de las cuestiones que se plantea en la *Revisión del programa Keep Britain Working* es si son las personas más idóneas para desempeñar esta función.

Si bien los médicos de cabecera pueden conectar a los pacientes con apoyo no clínico, como grupos de apoyo entre pares, servicios de bienestar financiero y recursos comunitarios, la creciente demanda, el tiempo limitado de consulta y las listas de espera para tratamientos especializados hacen que los médicos de cabecera a menudo actúen como guardianes de un sistema bajo presión. La escasez de personal especializado agrava estas presiones. En 2023, el Reino Unido contaba con 10,1 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, una cifra muy inferior a la de Australia (16) y Alemania (28,9).⁸ Estas deficiencias ponen de manifiesto la necesidad de un apoyo temprano que vaya más allá de la atención primaria, incluyendo programas impulsados por empleadores y compañías aseguradoras.

8. Royal College of Psychiatrists. [Workforce figures](#) (2023); AIHW. [Mental health workforce](#) (2023); Eurostat. [Physicians by category](#) (2025).

La carga privada sigue siendo elevada

A pesar del modelo de atención sanitaria universal del Reino Unido, casi una cuarta parte (22 %) del gasto en atención a la salud mental es privado, y alrededor del 85 % proviene de pagos directos por asesoramiento, terapia y otros tipos de apoyo a los que se accede fuera del NHS (Servicio Nacional de Salud). El seguro privado cubre la parte restante y ayuda a las personas a acceder a un tratamiento más rápido, a programas estructurados y a una rehabilitación centrada en el trabajo. Esta división pone de relieve una importante tensión dentro del sistema: La contratación privada suele mejorar la rapidez y la variedad de opciones, pero el acceso sigue siendo desigual, lo que refuerza las diferencias en función de los ingresos, la situación laboral y el apoyo del empleador.

Existe otro nivel de apoyo que se sitúa en gran medida al margen de los mercados formales. Se estima que, en 2026, unos 470.500 cuidadores informales de salud mental prestarán más de 13 millones de horas de atención no remunerada cada semana, lo que equivale a 683 millones de horas al año, valoradas en GBP 15 mil millones. Esto refleja la magnitud del apoyo que reciben las familias y las comunidades incluso dentro de un sistema universal, y si bien la proporción de cuidados informales en el Reino Unido es menor que en otros mercados incluidos en el ámbito de aplicación, sigue siendo un componente crucial, y a menudo pasado por alto, del sistema de protección.

Aspecto destacado

Apoyo a los cuidadores

Cuidar de un niño o un familiar con una enfermedad mental puede ser emocionalmente exigente, impredecible y difícil de compaginar con un trabajo a tiempo completo. Sin flexibilidad, muchos profesionales de la salud mental se enfrentan a un aumento del estrés, al agotamiento y, en última instancia, al riesgo de abandonar por completo el mercado laboral. Los empleadores pueden desempeñar un papel fundamental ofreciendo prácticas laborales flexibles y libres de estigma que permitan a los cuidadores seguir trabajando mientras gestionan responsabilidades de cuidado complejas y a menudo fluctuantes.

Por ejemplo, desde 2019, todas las nuevas vacantes en Zurich Reino Unido se anuncian como abiertas a candidatos a tiempo parcial, para compartir puesto o a tiempo completo. Esto brinda a los profesionales de la salud mental una verdadera libertad para estructurar su trabajo sin penalizaciones ni necesidad de exenciones especiales. Zurich también incorpora políticas de trabajo flexible en todos los puestos, lo que permite a los cuidadores adaptarse a crisis, citas y necesidades de apoyo imprevistas sin descuidar su progresión profesional. Los cuidadores también tienen la opción de tomar hasta una semana de licencia sin goce de sueldo en cualquier período de 12 meses, estructurada de manera que se adapte a sus necesidades.

Los gerentes reciben capacitación para mantener conversaciones tempranas y de apoyo, y los equipos planifican las cargas de trabajo de forma colaborativa para que la flexibilidad se comparta equitativamente. Estas medidas ayudan a proteger la salud mental de los cuidadores, a reducir el estrés y a prevenir abandonos laborales evitables, fortaleciendo así la participación y apoyando a quienes desempeñan algunas de las funciones de cuidado más exigentes de la sociedad.

De la alerta temprana a la acción temprana: ¿dónde está la próxima oportunidad del Reino Unido?

El Reino Unido se enfrenta a un panorama de afecciones de salud mental caracterizado por trastornos en la primera infancia, brechas cada vez mayores y una presión creciente sobre la atención primaria y los lugares de trabajo. El aumento de la prevalencia, especialmente entre los jóvenes, está transformando las transiciones hacia la formación y el empleo, y situando a los empleadores en la primera línea de detección y apoyo.

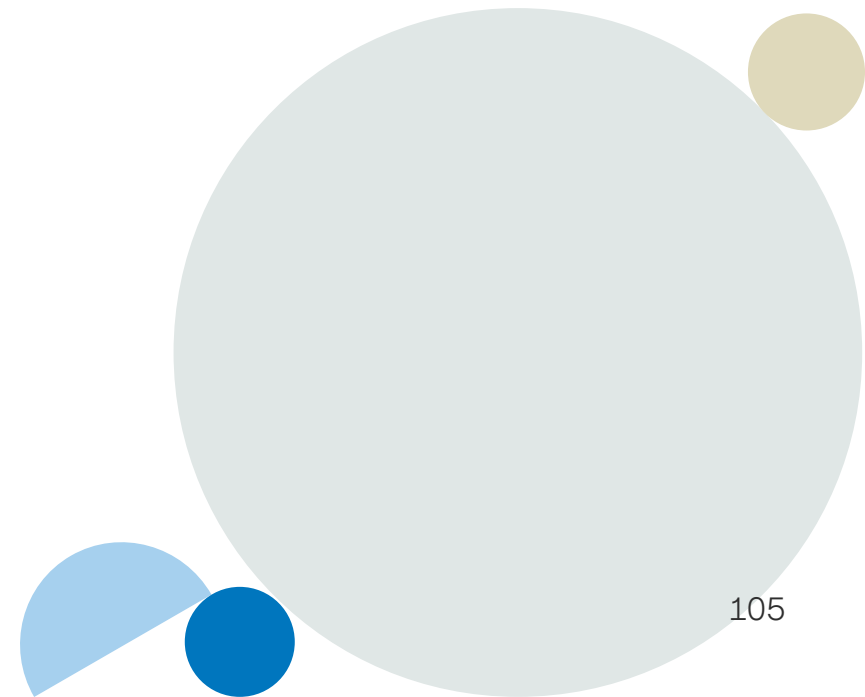
El Reino Unido cuenta con claras fortalezas sobre las que construir: acceso universal a la atención de la salud mental; ampliación de los modelos de intervención temprana; y un enfoque político sostenido en la prevención, el apoyo en el lugar de trabajo y una mejor coordinación entre los sistemas de salud, empleo y rehabilitación.

No es necesario construir un sistema nuevo desde cero. Es necesario conectar lo que ya existe, de forma más temprana, rápida y consistente. Esto significa lo siguiente:

- 1. Reforzar el apoyo inicial en la transición de la educación al empleo:** dado que las enfermedades mentales suelen manifestarse antes de que comience la vida laboral, es fundamental contar con apoyo de acceso rápido en escuelas, universidades, programas de aprendizaje y programas de empleo juvenil. En la práctica, esto puede significar ofrecer modalidades de incorporación flexibles o graduales para los nuevos empleados, facilitar la transición desde la educación o la formación al mundo laboral y ofrecer acceso temprano a adaptaciones en el lugar de trabajo, como la reducción de la jornada inicial o una supervisión adicional durante períodos de vulnerabilidad. Estas medidas ayudan a evitar que las dificultades sufridas en la infancia se conviertan en un obstáculo para la entrada al mercado laboral.
- 2. Ampliar la disponibilidad y el alcance del apoyo psicológico eficaz:** una gran parte de la pérdida de bienestar en el Reino Unido se debe a los trastornos de ansiedad y depresión, que provocan un deterioro a largo plazo si no se tratan. La presión sobre los médicos de cabecera exige vías alternativas para ayudarles. Los servicios ofrecidos por las empresas, la rehabilitación financiada por las compañías aseguradoras, los centros comunitarios de salud mental y los sistemas digitales de triaje pueden acortar el tiempo de acceso a la primera ayuda y aliviar la carga de trabajo de la atención primaria.

- 3. Capacitar a los empleadores para que actúen con mayor rapidez y eficacia:** actualmente, los empleadores son el punto de detección más temprano y fiable. Una orientación clara, modelos de intervención temprana basados en la evidencia y un apoyo psicológico de acceso rápido pueden evitar que los problemas a corto plazo se conviertan en inactividad a largo plazo. El gobierno puede acelerar el progreso armonizando estándares, incentivos y datos.

La tarea ahora consiste en conectar la identificación temprana, el apoyo oportuno y el diseño de un trabajo inclusivo para que las afecciones de salud mental no conduzcan a una desconexión permanente del mercado laboral. De este modo, el Reino Unido puede pasar de la identificación a la integración y fortalecer la participación de toda la población en edad laboral.



Datos y Metodología

El análisis de datos para este informe fue realizado por [Mandala Partners](#), una empresa especializada en econometría, en consulta con expertos de Zurich. Esta sección debe leerse junto con la sección [Cómo leer el informe](#). Las siguientes secciones describen los supuestos principales, los cálculos y las fuentes de datos para los insumos y las métricas clave que se detallan en el informe.

Supuestos generales y limitaciones

- Los cálculos proyectados parten de la base de un crecimiento constante con base en las tasas históricas. Las estimaciones de brechas de empleo y de días de licencia médica se mantienen constantes durante el período de proyección 2026-2030.
- Cuando las previsiones son estimadas por terceros (por ejemplo, el Banco Mundial para la población, el FMI para el PIB, etc.), las proyecciones pueden basarse en supuestos diferentes para los años futuros.
- Cuando los impactos se convierten entre USD y monedas locales, se supone que las estimaciones puntuales de los tipos de cambio de enero de 2026 representan los tipos de cambio para todo el año 2026.
- Cuando las cifras se expresan como una proporción del PIB, se basan en el PIB real. Las previsiones del PIB nominal se convirtieron en PIB real utilizando las proyecciones del IPC del FMI.¹

1. IMF. [World Economic Outlook: Global Economy in Flux, Prospects Remain Dim](#) (2025).



Prevalence

Las proyecciones del número total de personas con una afección de salud mental (MHC) se basan en lo siguiente:

- Tasa de prevalencia (%) de MHC por edad y sexo en 2023.
- Incremento anual proyectado en la tasa de prevalencia de MHC por edad y sexo para 2030.
- Proyecciones de la población total por edad y sexo hasta 2030.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Tasa de prevalencia de MHC por edad y sexo (%) en 2023	La tasa de prevalencia es el número total de casos de una determinada MHC como proporción de una población específica en un momento determinado.	• Disponible por edad, sexo y condición. • Los índices de discapacidad del GBD (gravedad de la enfermedad mental) se aplican de forma uniforme en todos los países. • Las comorbilidades entre las afecciones de salud mental se estiman en el estudio Global Burden of Disease (GBD) y se restan del total general de afecciones de salud mental. El total se proyecta de forma independiente, en lugar de sumar las categorías individuales.	Global Burden of Disease Collaborative Network, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2023 (GBD) (2025).
Incremento anual proyectado de la tasa de prevalencia de MHC por edad y sexo (%) para 2030	Tasa de crecimiento anual compuesta (CAGR) de la tasa de prevalencia de MHC en el período 2012-2023.	• Las tasas de crecimiento se determinan en función de la condición, la edad y el sexo, y luego se aplican individualmente para pronosticar los valores para el año 2030. • Nuestro análisis utiliza datos de un período de 10 años (de 2012 a 2023). Se supone que la tasa de crecimiento será constante en todos los años futuros.	IHME (2025).
Proyecciones de población total por edad y sexo para 2030	La población total se basa en la definición de población de facto, que contabiliza a todos los residentes independientemente de su estatus legal o ciudadanía.	• Previsiones realizadas por el Banco Mundial.	Banco Mundial. Population Estimates and Projections (2025).

Personal

Las proyecciones del impacto total en el bienestar se basan en lo siguiente:

- Impacto en la morbilidad valorada: calculado utilizando los años vividos con discapacidad (YLD) y el valor de un año de vida estadístico (VLY).
- Impacto en la mortalidad valorada: calculado utilizando las muertes y el valor de una vida estadística (VSL).

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Años vividos con discapacidad (YLD)	El total anual de años de vida saludables perdidos como consecuencia de vivir con una discapacidad, calculado para todas las personas afectadas durante ese año.	• Proyectado utilizando tasas de prevalencia (ver Datos y Metodología: Prevalencia). • Entre los YLD se incluye la "autolesión".	IHME (2025).
Valor de un año de vida estadístico (VLY)	Un valor estadístico y monetizado de un año de vida saludable. Esta es una estimación del valor que la sociedad otorga a un año de vida saludable. Mide hasta qué punto la sociedad está dispuesta a pagar para reducir el riesgo de muerte. Puede que no represente la disposición a pagar de una persona, ni tampoco será representativo de la situación de cada individuo.	• Las valoraciones se estandarizan utilizando una única estimación para garantizar la comparabilidad entre mercados, utilizando a Abelson (2007) como referencia para el valor de un año de vida saludable en Australia. • El valor australiano de un año de vida (VLY) se ajustó utilizando el PIB per cápita, siguiendo las directrices de la OCDE (2025). El PIB se calculó a partir de datos históricos y proyecciones del FMI, con estadísticas de población del Banco Mundial. • Los VLY para cada país se pronostican utilizando el Ingreso Nacional Bruto (INB) relativo, que se proyecta de forma independiente y se combina con elasticidades de ingreso, las cuales son estables. Las estimaciones se basan en las directrices de la OCDE, con una elasticidad de la renta relativa a Australia fijada en 1. • Los tipos de cambio del mercado se utilizan posteriormente para convertir el valor de la vida entre países.	Abelson, Establishing a monetary value for lives saved: Issues and controversies (2007). Departamento del primer ministro y del gabinete de Australia. Value of a statistical life and value of a statistical life year (2024). OECD. Mortality Risk Valuation in Policy Assessment (2025). Banco Mundial (2025). IMF (2025).

Muertes	Muertes atribuidas directamente a una enfermedad cada año.	• Proyectado utilizando tasas de prevalencia (ver Datos y Metodología: Prevalencia). La única MHC a la que el GBD atribuye las muertes es la anorexia. • La mortalidad atribuida al suicidio se clasifica como “Autolesión”. Esta categoría está incluida en la métrica de Personas, pero excluida de la de Prevalencia, ya que las cifras pueden incluir a personas sin un diagnóstico formal.	IHME (2025). Banco Mundial (2025).
Valor de una vida estadística (VSL)	Un valor estadístico y monetizado de los años restantes de vida saludable para un individuo.	• Valor actual neto de VLY, basado en la esperanza de vida restante tomada directamente de las tablas de mortalidad de la ONU. Este valor actual neto se obtiene utilizando un factor de descuento intertemporal del 3 %, tal como lo aplicó Abelson (2007). • Se supone que el factor de descuento intertemporal (o la cuantificación del grado en que los individuos descuentan el valor futuro de su vida personal) es constante en todos los mercados. • El índice australiano de precios y salarios (IPS), recalculado a 100 para el año 2009 en consonancia con Abelson (2007), se utilizó para ajustar las estimaciones de VLY. Las proyecciones del WPI siguen un enfoque de media geométrica de 10 años, utilizando el último valor disponible como punto final y el primer valor disponible dentro de la última década como punto de partida. • El VSL se convierte a monedas locales al valor de mercado utilizando los tipos de cambio establecidos.	Naciones Unidas. World population prospects 2024: Life expectancy at exact age (2024). Abelson (2007). Oficina Australiana de Estadística. Wage Price Index, Table 2a: Total hourly rates of pay excluding bonuses, all sectors, all industries, Australia (2025).

Productividad

Las proyecciones de los impactos relacionados con el empleo se basan en lo siguiente:

- Impacto de la participación valorada: calculado utilizando la prevalencia proyectada, una brecha estimada en la tasa de empleo y los salarios promedio por año;
- Impacto del ausentismo laboral: Calculado utilizando una estimación de la población empleada con una afección de salud mental (MHC), los días adicionales de licencia médica tomados por esos trabajadores con una MHC y el salario promedio por día.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Brecha en la tasa de empleo	La diferencia entre la tasa de empleo de las personas con una afección de salud mental y la tasa de empleo de las personas sin dicho trastorno.	• Se supone que las diferencias relativas en el empleo entre las personas con y sin afecciones de salud mental son constantes y se aplican mediante márgenes fijos derivados de datos históricos (2017 + 2021) del estudio HILDA. Las tasas de empleo agregadas se basan en las previsiones externas de empleo de la OIT y se distribuyen por sexo y grupos de edad utilizando la estructura HILDA de 2023. • Las brechas en el empleo reflejan una relación de asociación más que de causalidad. Debido a las limitaciones de los datos, no distinguimos entre la MHC que causa el desempleo y el desempleo que, a su vez, agrava la MHC. Tampoco distinguimos entre discriminación y capacidad laboral relacionada con la salud. • Las personas empleadas tienen, implícitamente, más probabilidades de recibir un diagnóstico de salud mental debido al acceso a la atención médica, lo que puede subestimar la verdadera brecha de empleo. Además, las estimaciones excluyen el empleo informal.	ILO. ILO Modelled Estimates and Projections Database (ILOEST) (2025). ILO. ILOSTAT Database: Labour Force Statistics (2024). Instituto de Investigación Económica y Social Aplicada de Melbourne. Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey (2025).

Salario medio anual/diario		• Los datos de HILDA se recopilan semanalmente para cada persona que declara estar empleada. No se hace distinción entre trabajadores a tiempo parcial y a tiempo completo. • Los datos no son específicos de MHC y se publican semanalmente. Los cálculos parten de la base de una jornada laboral estándar de cinco días laborables por semana y 52 semanas al año. • Se genera una proyección aproximada del crecimiento de los salarios reales utilizando el PIB real del informe Perspectivas de la Economía Mundial del FMI y el crecimiento del empleo real para las poblaciones de 15 años o más de la base de datos ILOEST de la OIT. Este enfoque está respaldado empíricamente por el análisis de la OCDE (OCDE; 2018). La metodología parte de la base de que los cambios en las horas trabajadas o el esfuerzo laboral son mínimos en comparación con las variaciones en el empleo y la productividad durante el período de proyección. La relación resultante sirve como una aproximación de referencia para el crecimiento agregado, más que como un modelo para la fijación de salarios a corto plazo o estructurales. • Los salarios se ajustan a los valores de 2026 utilizando el Índice de Precios Salariales de la Oficina Australiana de Estadística (ABS WPI). El crecimiento salarial proyectado se aplica a los niveles salariales de referencia de HILDA, desglosados por sexo y edad.	Instituto de Investigación Económica y Social Aplicada de Melbourne (2025). Solow, A Contribution to the Theory of Economic Growth (1956). Lucas, On the mechanics of economic development (1988). Romer, Endogenous Technological Change (1990). OECD. Decoupling Wages from Productivity (2018).
Población empleada con un trastorno mental (MHC)		• Calculado según las proyecciones de prevalencia dentro de la población en edad laboral del IHME (2025), así como a la tasa de empleo de personas con un trastorno de salud mental de HILDA (2025).	IHME (2025). Instituto de Investigación Económica y Social Aplicada de Melbourne. (2025).

Días adicionales de licencia médica tomados por personas con afecciones de salud mental	La diferencia en la proporción de días de licencia médica tomados por los trabajadores con trastornos mentales en comparación con aquellos sin trastornos mentales.	• El promedio total de días de licencia médica se estima para las personas con trastornos mentales graves utilizando estimaciones históricas de HILDA por sexo y edad. Este promedio se estima a partir de los datos de los encuestados que informaron tener un diagnóstico de salud mental. • Luego aplicamos las proporciones de Lallukka et al. (2021) para determinar el número de días de licencia médica atribuibles a la salud mental de las personas que tienen MHC. • Los autores miden el número de días de licencia médica atribuibles a la salud mental entre las personas que sufren afecciones de salud mental. Adoptar este enfoque supone que las tasas proporcionales son consistentes entre las poblaciones que experimentan angustia mental y aquellas diagnosticadas con una afección de salud mental. Partimos de la base de que el malestar psicológico autoinformado es un indicador indirecto de la salud mental. • Se supone que las diferencias entre las personas con y sin trastornos mentales graves se mantienen constantes durante el período de proyección.	Instituto de Investigación Económica y Social Aplicada de Melbourne (2025). Lallukka et al. Recurring pain, mental health problems and sick leave in Australia (2021).
--	--	---	--

Sistemas de protección

Las proyecciones de gasto en sistemas de protección de la atención a la salud mental se basan en lo siguiente:

- Gasto en atención de salud mental, con cálculos que incluyen el gasto en salud pública y productos farmacéuticos, los gastos individuales directos y el gasto de las compañías aseguradoras privadas y otras compañías de seguros.
- Otros gastos en servicios sociales, con cálculos que incluyen los pagos totales del Plan Nacional de Seguro por Discapacidad (NDIS) relacionados con la salud mental y los pagos de pensiones de apoyo por discapacidad relacionados con la salud mental.

Se aplicaron ajustes periódicos a las proyecciones hasta 2030. Además, el valor de la atención informal se estimó en función del número de cuidadores informales de MHC y del costo total por cuidador informal de MHC.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Ajuste del período (para proyecciones hasta 2030)	Ajuste del período (%) para extrapolar los datos más recientes hasta 2030.	• Calculado en función de la prevalencia proyectada y la inflación. La tasa de inflación se calcula utilizando el IPC histórico y las proyecciones de inflación. • Las proyecciones de gasto parten de la base de una trayectoria de crecimiento constante; las estimaciones parten de la base de que no habrá cambios en el ciclo económico.	IHME (2025). Banco Mundial (2025). IMF (2025).
Gasto en salud pública y productos farmacéuticos	Gasto del Gobierno australiano, tanto a nivel federal como estatal, en reclamaciones del Programa de Prestaciones Médicas (MBS), financiación de hospitales públicos, atención comunitaria y residencial, gastos del Programa de Prestaciones Farmacéuticas (PBS), subvenciones a ONG y financiación de programas relacionados con la salud mental y sanitaria.	• Solo incluimos partidas de gastos relacionadas con la atención o el tratamiento de la salud mental.	Instituto Australiano de Salud y Bienestar. Expenditure on mental health-related services (2025).

Gastos individuales de bolsillo	Contribuciones directas de los consumidores para artículos del MBS y PBS relacionados con el tratamiento y los medicamentos para la salud mental.		
Gastos de seguros médicos privados y otros gastos de compañías aseguradoras.	Gastos en salud de compañías aseguradoras privadas y otras compañías aseguradoras externas, calculados por el Departamento de Salud y Atención a la Tercera Edad, utilizando los ingresos totales menos las fuentes del Gobierno australiano.		
Pagos totales del NDIS relacionados con la salud mental	Pagos y ayudas del Plan Nacional de Seguro por Discapacidad (NDIS) del Gobierno australiano para la discapacidad psicosocial.		Agencia Nacional de Seguros por Discapacidad. Psychosocial (2025)
Pagos de la Pensión de Apoyo a la Discapacidad (DSP) relacionados con la Salud Mental y de la Salud	Pagos de la Pensión de Apoyo a la Discapacidad (DSP) del Gobierno australiano.	• Calculado en función del pago promedio por persona del programa de Asistencia por Discapacidad (DSP) y del número total de personas que reciben DSP con una afección psicológica o psiquiátrica primaria. • El pago promedio del subsidio por discapacidad (DSP) se estimó utilizando el promedio de las tasas máximas de pago quincenal para personas solteras y en pareja, ponderado por el número de personas solteras y en pareja que reciben el subsidio por discapacidad.	Servicios Australia. Payment rates (2025). Departamento de Servicios Sociales. DSS Payment Demographic Data (2025).
Número de cuidadores informales de salud mental	Número total de cuidadores informales, tanto primarios como secundarios, de personas con trastornos mentales graves.	• Estimado utilizando el número total de cuidadores informales de la Encuesta sobre Discapacidad y Envejecimiento de la Oficina Australiana de Estadística y multiplicado por la proporción de cuidadores informales que cuidan a una persona con enfermedad mental (8,6 %).	Oficina Australiana de Estadística. Disability, Ageing and Carers, Australia: Summary of Findings (2022). Diminic <i>et al.</i> The economic value of informal mental health caring in Australia: Technical report (2017).

Costo total por cuidador informal de MHC	El valor de los cuidados no remunerados utilizando el método del costo de reposición. Valorado en función del costo de contratar a un cuidador formal para sustituir a un cuidador informal.	• Calculado utilizando la tasa salarial para los empleados de servicios sociales y comunitarios. Estimado como el promedio de la tarifa de pago por hora de nivel 1-4 del Convenio Colectivo de la Industria de Servicios Sociales, Comunitarios, de Salud y para Discapacitados (SCHAD) más costos salariales adicionales (23 %) y gastos generales de la organización (20 %). Las previsiones salariales de SCHAD se elaboraron utilizando el crecimiento de los salarios reales, estimado por el WEO del FMI y el ILOEST de la OIT. • El total de horas semanales de cuidados informales prestados por un cuidador informal a una persona con una afección de salud mental se estimó utilizando el promedio de horas trabajadas por semana para los cuidadores principales y secundarios, ponderado por el número de cuidadores principales y secundarios para las personas con una MHC.	Diminic et al. (2017). Defensor del Pueblo para el Trabajo Justo. Pay Guide – Social, Community, Home Care and Disability Services Industry Award (2025). IMF (2025). ILO (2025).
--	---	--	---

Supuestos y limitaciones adicionales

- Se aplicó un tipo de cambio USD-AUD de 1,47 (promedio del período del 2 al 30 de enero de 2026).¹
- Se aplicó un VLY de USD 176.000.
- Además de lo anterior, los cálculos australianos sobre los impactos personales y de productividad se basan en la Encuesta sobre Dinámica de los Hogares, los Ingresos y el Trabajo en Australia (HILDA).² El análisis estima los impactos en la salud mental en tres grupos de comparación (“Condición de salud mental”, “Sin condición de salud mental” y “Población”). La MHC incluye la depresión diagnosticada, la ansiedad u otras enfermedades mentales. La población estudiada se ha limitado a personas en edad laboral (de 15 a 64 años). Los resultados se estratifican según cinco dimensiones demográficas (edad, sexo, ocupación, sector industrial y lejanía). En cuanto a la lejanía, la industria y la ocupación, estimamos los impactos aplicando las proporciones observadas de HILDA a nuestras previsiones a nivel nacional. En ciertos estratos demográficos, existe una variación sustancial en los resultados. Esto se debe al reducido número de encuestados. Los resultados estarán determinados, en parte, por la COVID-19.

1. IMF. [Representative Exchange Rates for Selected Currencies for January 2026](#) (2026).

2. Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research. [Household, Income and Labour Dynamics in Australia \(HILDA\) Survey](#) (2025).

Productividad

Las proyecciones de los impactos relacionados con el empleo se basan en lo siguiente:

- Impacto de la participación valorada, calculado utilizando la prevalencia proyectada, una brecha estimada en la tasa de empleo y los salarios promedio anuales;
- Impacto del ausentismo laboral valorado, calculado utilizando la población empleada en edad laboral, los días de licencia médica mental anuales por trabajador y el salario medio diario.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Brecha en la tasa de empleo	La diferencia entre la tasa de empleo de las personas con una afección de salud mental (MHC) y la tasa de empleo de las personas sin una MHC.	• La tasa de empleo en la población en edad laboral se modeló como una media ponderada según el estado de salud mental, incorporando las tasas de empleo de aquellos sin afecciones de salud mental, aquellos con afecciones de salud mental graves y aquellos con afecciones de salud mental moderadas. Estas identidades permiten inferir las tasas de empleo para las poblaciones con y sin MHC utilizando el empleo agregado observado, la prevalencia y una brecha de empleo estimada externamente. • Las MHC diagnosticadas se aproximaron utilizando un método de relación igual (50:50) entre angustia mental moderada y grave. La brecha de empleo ponderada, estimada a partir de datos agregados de la OCDE sobre trastornos mentales graves y moderados, se considera ampliamente representativa de las diferencias de empleo entre las personas con MHC. • Es probable que las brechas de empleo sean conservadoras en contextos de alto estigma.	OECD, Fitter minds, Fitter Jobs (2021). ILO. ILO Modelled Estimates and Projections Database (ILOEST) (2025). IMF (2025).

Salario medio anual/diario	Salarios promedio independientemente del estado de la MHC.	- Se genera una proyección aproximada del crecimiento de los salarios reales utilizando el PIB real del informe Perspectivas de la Economía Mundial del FMI y el crecimiento del empleo real para las poblaciones de 15 años o más de la base de datos ILOEST de la OIT. Este enfoque está respaldado empíricamente por el análisis de la OCDE (2018). La metodología parte de la base de que los cambios en las horas trabajadas o el esfuerzo laboral son mínimos en comparación con las variaciones en el empleo y la productividad durante el período de proyección. La relación resultante sirve como una aproximación de referencia para el crecimiento agregado, más que como un modelo para la fijación de salarios a corto plazo o estructurales. - Las tasas de crecimiento salarial se aplican a datos históricos de la OIT y se ajustan por inflación. Dado que no existe un índice de precios y salarios armonizado internacionalmente, se utilizó el IPC. Los datos del IPC están disponibles hasta 2024, tras lo cual se utiliza una media geométrica de 10 años para realizar proyecciones hasta 2030. - Los salarios se convierten de dólares internacionales a unidades de moneda local utilizando datos de tipos de cambio de mercado.	ILO. ILOSTAT Database: Labour Force Statistics (2024). ILO (2025). IMF (2025). Solow, A Contribution to the Theory of Economic Growth (1956). Lucas, On the mechanics of economic development (1988). Romer, Endogenous Technological Change (1990). OECD. Decoupling Wages from Productivity (2018).
Población empleada en edad laboral	La población empleada de entre 15 y 64 años.	Los datos históricos de empleo de las personas de entre 15 y 64 años provienen de las estadísticas de la fuerza laboral de la OIT y sirven como base para las proyecciones. Las tasas de crecimiento del empleo para personas de 15 años o más, según el modelo de ILO, se aplican hasta 2026. Para el período 2027-2030, las proyecciones utilizan la tasa de crecimiento promedio observada entre 2024 y 2026.	ILO. Labour Force Statistics: Employed 15-64 population (2024). ILO (2025).

Días anuales de licencia médica por salud mental por trabajador	La diferencia en la proporción de días de licencia médica tomados por trabajadores con trastornos mentales en comparación con aquellos sin trastornos mentales	• Calculado en función del número total de licencias de Fonasa (aseguradora pública de salud) y de ISAPRE (aseguradora privada de salud) emitidas para ausencias por motivos de salud mental, así como del número ponderado de días calendario de licencia tomados en dichas licencias médicas de Fonasa/ ISAPRE. Dado que las estimaciones se basan en certificados médicos, se asume una conversión de 5/7 días naturales a días laborables. • Se supone que el número de días con licencia médica por salud mental se corresponde con el promedio de las licencias por enfermedad de Fonasa e ISAPRE. Este enfoque solo contempla las licencias médicas remuneradas y certificadas médicamente, excluyendo las ausencias informales. • Se supone que el número total de días de licencia médica por salud mental de Fonasa e ISAPRE por trabajador se mantendrá constante durante el período de previsión.	Superintendencia de seguridad social. Estadísticas de la Seguridad Social 2024 (2025).
--	--	---	--

Sistemas de protección

Las proyecciones de gasto en sistemas de protección de la atención de la salud mental se basan en lo siguiente:

- Gasto en atención de salud mental, con cálculos que incluyen el gasto en servicios de salud asignado a la atención de salud mental, servicios farmacéuticos, gastos individuales directos y gastos de seguros de salud privados y otros seguros.
- Otros gastos en servicios sociales, con cálculos de subsidios por discapacidad laboral para MHC y apoyo por desempleo para MHC.

Se aplicaron ajustes periódicos a las proyecciones hasta 2030. Además, el valor de la atención informal se estimó en función del número de cuidadores informales de MHC y del costo total por cuidador informal de MHC.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Ajuste del período (para proyecciones hasta 2030)	Ajuste del período (%) para extrapolar los datos más recientes hasta 2030.	• Calculado en función de la prevalencia proyectada y la inflación. La tasa de inflación se calcula utilizando el IPC histórico y las proyecciones de inflación. • Las proyecciones de gasto parten de la base de una trayectoria de crecimiento constante; las estimaciones parten de la base de que no habrá cambios en el ciclo económico.	IHME (2025). Banco Mundial (2025). IMF (2025).
Gasto total en servicios de salud asignado a MHC	Gasto total presupuestado por el gobierno en servicios de salud asignado a MHC.	• Calculado en función de la proporción de casos de salud mental con respecto al total de casos de salud en los sistemas Fonasa/ISAPRE. • Estimado utilizando el total de casos de esquizofrenia, depresión (depresión en personas de 15 años y más), dependencia del alcohol (consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años) y trastorno bipolar en personas de 15 años y más, clasificados como casos de salud mental por la Superintendencia de Salud.	Ministerio de Salud. Ley De Presupuestos Ano 2024 (2024). Superintendencia de Seguridad Social. Estadística Trimetral De Casos Ges (Auge) De FONASA Y Sistema ISAPRE (2025).

Servicios farmacéuticos	Gasto farmacéutico total en medicamentos relacionados con la salud mental clasificados según el nivel 3 de la ATC.	Estimado utilizando el gasto total en los siguientes artículos: Ansiolíticos (N05B-Ansiolíticos), Hipnóticos y sedantes (N05C Hipnóticos y sedantes) y Antidepresivos (N06A- Antidepresivos).	Universo de las estadísticas. Serie Histórica Gasto Constantes ATC (2025).
Gastos individuales de bolsillo	Gasto total directo en salud reportado por IES Minsal, prorrateado a MHC.	Se aplicó el método de prorrateo utilizado para el gasto en servicios de salud.	IES Minsal (accessed 2025).
Gastos de seguros médicos privados y otros gastos de compañías aseguradoras.	Gasto medio anual por persona en seguros de salud privados, prorrateado a MHC y multiplicado por el número total de personas en el sistema privado (ISAPRE).	- El gasto promedio se calculó sobre la base del gasto mensual promedio por afiliado en el sistema privado (ISAPRE), que se supone que se mantiene constante en CLP 94.000. Se aplicó el método de prorrateo utilizado para el gasto en servicios de salud. - El número total de personas en el sistema se estimó multiplicando la población total de Chile, según lo informado por el Banco Mundial, por la proporción inscrita en el sistema privado (ISAPRE), estimada en un 20 % según ISAPRE en Chile.	Isapres en Chile. Valores Isapres . (2025).
Subsidios por discapacidad laboral para MHC	Pagos totales por subsidios por discapacidad laboral para empleados de empresas privadas, servicios públicos y trabajadores independientes, asignados a MHC.	Calculado utilizando la proporción de aprobaciones de pensiones de AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones) y PBS (Pensión Básica Solidaria) para apoyo psiquiátrico como porcentaje del total de aprobaciones de pensiones de AFP y PBS.	Gobierno de Chile. Ministerio del Trabajo y Prevision Social (2025). Superintendencia de Pensiones. Solicitudes y dictámenes del proceso de invalidez (2025).
Apoyo al desempleo por MHC	Pagos totales por prestaciones de desempleo en la base de datos del seguro de desempleo, reportados por la Superintendencia de Pensiones, prorrateados a MHC.	Se aplicó el método de prorrateo utilizado para las subvenciones por discapacidad laboral.	Superintendencia de Pensiones (2025).

Número de cuidadores informales de salud mental	Número total de cuidadores informales, tanto primarios como secundarios, de personas con afecciones de salud mental.	- Las estimaciones se basan en la población total de Chile de 15 años o más, utilizando datos históricos y proyecciones del Banco Mundial, combinados con la proporción de personas que brindan atención informal de salud mental como porcentaje de la población total. - La proporción de cuidadores informales de salud mental se estimó multiplicando el porcentaje de personas que realizan trabajos de cuidado no remunerados (38 %) por la proporción de personas que reciben cuidados informales para una afección de salud mental (5,9 %).	Banco Mundial (2025). Agence Francaise de Development. Cuidadoras de personas mayores: sobrecargadas y mal pagadas: evidencia de una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo en América Latina y el Caribe (2024).
Costo total por cuidador informal de MHC	El valor de los cuidados no remunerados utilizando el método del costo de reposición. Valorado en función del costo de contratar a un cuidador formal para sustituir a un cuidador informal.	- El costo de un cuidador sustituto se calculó utilizando el valor por hora de los cuidados no remunerados para personas de 15 años o más, así como para aquellas que experimentan dependencia funcional. Este valor refleja la tasa salarial promedio, complementada con costos adicionales de salario (23%) y gastos generales de organización (20 %). Las proyecciones salariales se basaron en las estimaciones de crecimiento de los salarios reales del informe Perspectivas de la Economía Mundial (WEO) del FMI y la base de datos ILOEST de la ILO. - El total de horas semanales de cuidados informales prestados por un cuidador informal a una persona con un trastorno mental se estimó utilizando el promedio de horas de trabajo de cuidados no remunerados reportado por el Ministerio de Finanzas.	Diminic <i>et al.</i> The economic value of informal mental health caring in Australia: Technical report (2017). IMF (2025). ILO (2025). Ministerio de Hacienda. Estimación del Valor Económico del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerados en Chile (2025).

Supuestos y limitaciones adicionales

- Se aplicó un tipo de cambio USD-CLP de 883,81 (promedio del período del 02 al 30 de enero de 2026).¹
- Se aplicó un VLY de USD 48.000.

1. IMF. [Representative Exchange Rates for Selected Currencies for January 2026](#) (2026).

Productividad

Las proyecciones de los impactos relacionados con el empleo se basan en lo siguiente:

- Impacto de la participación valorada: calculado utilizando la prevalencia proyectada, una brecha estimada en la tasa de empleo y los salarios promedio por año.
- Impacto del ausentismo laboral: calculado utilizando la población empleada en edad laboral, los días de licencia médica mental anuales por trabajador y el salario medio diario.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Brecha en la tasa de empleo	La diferencia entre la tasa de empleo de las personas con una afección de salud mental (MHC) y la tasa de empleo de las personas sin una MHC.	• La tasa de empleo en la población en edad laboral se modeló como una media ponderada según el estado de salud mental, incorporando las tasas de empleo de aquellos sin afecciones de salud mental, aquellos con afecciones de salud mental graves y aquellos con afecciones de salud mental moderadas. Estas identidades permiten inferir las tasas de empleo para las poblaciones con y sin MHC utilizando el empleo agregado observado, la prevalencia y una brecha de empleo estimada externamente. • Las MHC diagnosticadas se aproximaron utilizando un método de relación igual (50:50) entre angustia mental moderada y grave. La brecha de empleo ponderada, estimada a partir de datos agregados de la OCDE sobre trastornos mentales graves y moderados, se considera ampliamente representativa de las diferencias de empleo entre las personas con MHC diagnosticadas. • Es probable que las brechas de empleo sean conservadoras en contextos de alto estigma.	OECD, Fitter minds, Fitter Jobs (2021). ILO. ILO Modelled Estimates and Projections Database (ILOEST) (2025). IMF (2025).

Salario medio anual/diario	Salarios promedio independientemente del estado de la MHC.	• Las proyecciones indirectas del crecimiento de los salarios reales se elaboran utilizando datos del PIB real del informe Perspectivas de la Economía Mundial del FMI y el crecimiento del empleo real para las poblaciones de 15 años o más de la base de datos ILOEST de la OIT en los mercados objetivo. Esta metodología está respaldada por un análisis de la OCDE (2018). Este enfoque parte de la base de que los cambios en las horas trabajadas o en el esfuerzo laboral son mínimos en comparación con las variaciones en el empleo y la productividad durante el período de proyección. La relación resultante proporciona una aproximación de referencia para el crecimiento agregado, en lugar de un modelo de fijación de salarios a corto plazo o estructural. • Las tasas de crecimiento salarial se aplican a datos históricos de la OIT y se ajustan por inflación. Dado que no existe un índice de precios y salarios armonizado internacionalmente, se utilizó el IPC. Los datos del IPC están disponibles hasta 2024, tras lo cual se utiliza una media geométrica de 10 años para realizar proyecciones hasta 2030. • Los salarios se convierten de dólares internacionales a unidades de moneda local utilizando datos de tipos de cambio de mercado.	ILO (2025). ILO. ILOSTAT Database: Labour Force Statistics (2024). IMF (2025). Solow, A Contribution to the Theory of Economic Growth (1956). Lucas, On the mechanics of economic development (1988). Romer, Endogenous Technological Change (1990). OECD. Decoupling Wages from Productivity (2018).
Población empleada en edad laboral	La población empleada de entre 15 y 64 años.	• Los datos históricos de empleo de las personas de entre 15 y 64 años provienen de las estadísticas de la fuerza laboral de la OIT y sirven como base para las proyecciones. Las tasas de crecimiento del empleo para personas de 15 años o más, según el modelo de ILO, se aplican hasta 2026. Para el período 2027-2030, las proyecciones utilizan la tasa de crecimiento promedio observada entre 2024 y 2026.	ILO. Labour Force Statistics: Employed 15-64 population (2024). ILO (2025).

Promedio anual de días de licencia médica por salud mental por trabajador	La diferencia en la proporción de días de licencia médica tomados por trabajadores con trastornos mentales en comparación con aquellos sin trastornos mentales	• Calculado en función de los días naturales de licencia médica registrados por año y otorgados a los miembros de DAK, prorrateados a MHC. • Partimos de la base de que el nivel registrado de MHC para un miembro del DAK coincide con el nivel de licencias médicas de los empleados a nivel nacional en Alemania. • Solo se tienen en cuenta las licencias médicas remuneradas y certificadas médicamente, y se excluyen las ausencias informales. • Dado que las estimaciones se basan en certificados médicos, se asume una conversión de 5/7 días naturales a días laborables.	DAK. Gesundheitsreport 2025 (2025).
--	--	--	---

Sistemas de protección

Las proyecciones de gasto en sistemas de protección de la atención de la salud mental se basan en lo siguiente:

- Gasto en atención de salud mental, con cálculos que incluyen el gasto público en salud asignado a la atención de salud mental, servicios farmacéuticos, gastos individuales directos y otros gastos privados relacionados con MHC.
- Otros gastos en servicios sociales, cuyos cálculos incluyen la atención social y los servicios para personas con afecciones de salud mental, así como las ayudas por desempleo para personas con MHC.

Se aplicaron ajustes periódicos a las proyecciones hasta 2030. Además, el valor de la atención informal se estimó en función del número de cuidadores informales de MHC y del costo total por cuidador informal de MHC.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Ajuste del período (para proyecciones hasta 2030)	Ajuste del período (%) para extrapolar los datos más recientes hasta 2030.	• Calculado en función de la prevalencia proyectada y la inflación. La tasa de inflación se calcula utilizando el IPC histórico y las proyecciones de inflación. • Las proyecciones de gasto parten de la base de una trayectoria de crecimiento constante; las estimaciones parten de la base de que no habrá cambios en el ciclo económico.	IHME (2025). Banco Mundial (2025). IMF (2025).
Gasto público en salud asignado a MHC	Gasto total del gobierno general en salud, excluidos los fondos de seguridad y el seguro médico obligatorio, asignado a MHC.	• Estimado utilizando la proporción del costo de la enfermedad correspondiente a los “Trastornos mentales y del comportamiento” como porcentaje del total de diagnósticos.	DeStatis. Health expenditure by sources of funding (2024). DeStatis. Krankheitskosten: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10 Kapitel), Geschlecht, Altersgruppen (2023).

Gastos individuales de bolsillo	Gasto total en salud por parte de hogares privados y organizaciones privadas sin fines de lucro, asignado a MHC.	Se aplicó el método de prorrateo utilizado para el gasto en servicios de salud.	DeStatis (2024).
Otros gastos privados relacionados con la salud mental	Gasto total de las compañías aseguradoras de salud privadas en salud y gasto total de los empleadores en salud, prorrateado a MHC.		
Servicios y atención social para personas con MHC.	Gasto total en seguros sociales de larga duración y seguros de pensiones obligatorios relacionados con la salud, prorrateado a MHC.		
Apoyo al desempleo por MHC	Gasto público total en seguro de desempleo, prorrateado a MHC.		
Número de cuidadores informales	Número total de cuidadores informales de personas con trastornos mentales graves.	Estimado utilizando el número total de cuidadores informales estimado por Fuchs et al., multiplicado por la proporción de receptores de cuidados con una MHC como razón para el cuidado a largo plazo (14,77 %) de Wetzel et al.	DeStatis (2024). Banco Mundial (2025). Fuchs et. al. Informal caregivers in Alemania – who are they and which risks and resources do they have? (2023). Wetzel et. al. Reasons for long-term care need: analyzing combinations of health limitations in Alemania (2025).

Costo total por cuidador informal de MHC	El valor de los cuidados no remunerados utilizando el método del costo de reposición. Valorado en función del costo de contratar a un cuidador formal para sustituir a un cuidador informal.	• El costo de un cuidador sustituto se estimó utilizando el salario bruto a tiempo completo para enfermería y atención social. • El costo del cuidador de reemplazo se estimó como la tarifa salarial promedio más costos adicionales de salario (23 %) y gastos generales de la organización (20 %). Las previsiones salariales se elaboraron utilizando el crecimiento de los salarios reales, estimado a partir de las estimaciones de IMF WEO y ILOEST OIT. • El total de horas semanales de cuidados informales proporcionadas a personas con MHC se estimó utilizando el promedio de horas reportadas por los encuestados. Las respuestas categóricas de la encuesta (por ejemplo, =10 horas) se interpretaron utilizando el punto medio del rango. Para las categorías sin límites, se asumió que el punto medio era un 50 % superior al límite inferior.	Diminic <i>et al.</i> The economic value of informal mental health caring in Australia: Technical report (2017). IMF (2025). ILO (2025). DeStatis (2024). Schutz and Wetzel, Who has Informal Caregivers – And if so, how many?, (2024).
---	---	--	---

Supuestos y limitaciones adicionales

- Se aplicó un tipo de cambio USD-EUR de 0,85 (promedio del período del 2 al 30 de enero de 2026).¹
- Se aplicó un VLY de USD 156.000.

1. IMF. [Representative Exchange Rates for Selected Currencies for January 2026](#) (2026).

Productividad

Las proyecciones de los impactos relacionados con el empleo se basan en lo siguiente:

- El impacto de la participación valorada se calcula utilizando la prevalencia proyectada, una brecha estimada en la tasa de empleo y los salarios promedio por año;
- Impacto del ausentismo laboral: calculado utilizando la población empleada en edad laboral, los días de licencia médica mental anuales por trabajador y el salario medio diario.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Brecha en la tasa de empleo	La diferencia entre la tasa de empleo de las personas con una afección de salud mental (MHC) y la tasa de empleo de las personas sin una MHC.	• En Malasia, se dispone de datos limitados sobre las tasas de empleo por MHC. Las diferencias en Malasia se han aproximado utilizando el promedio de la OCDE. • La tasa de empleo en la población en edad laboral se modeló como una media ponderada según el estado de salud mental, incorporando las tasas de empleo de aquellos sin afecciones de salud mental, aquellos con afecciones de salud mental graves y aquellos con afecciones de salud mental moderadas. Estas identidades permiten inferir las tasas de empleo para las poblaciones con y sin MHC utilizando el empleo agregado observado, la prevalencia y una brecha de empleo estimada externamente. • Las MHC diagnosticadas se aproximaron utilizando un método de relación igual (50:50) entre angustia mental moderada y grave. La brecha de empleo ponderada, estimada a partir de datos agregados de la OCDE sobre trastornos mentales graves y moderados, se considera ampliamente representativa de las diferencias de empleo entre las personas con MHC diagnosticadas. • Es probable que las brechas de empleo sean conservadoras en contextos de alto estigma.	OECD, Fitter minds, Fitter Jobs (2021). ILO. ILO Modelled Estimates and Projections Database (ILOEST) (2025). IMF (2025).

Salario medio anual/diario	Salarios promedio independientemente del estado de la MHC.	- Las proyecciones indirectas del crecimiento de los salarios reales se elaboran utilizando datos del PIB real del informe Perspectivas de la Economía Mundial del FMI y el crecimiento del empleo real para las poblaciones de 15 años o más de la base de datos ILOEST de la OIT en los mercados objetivo. Esta metodología está respaldada por un análisis de la OCDE (2018). Este enfoque parte de la base de que los cambios en las horas trabajadas o en el esfuerzo laboral son mínimos en comparación con las variaciones en el empleo y la productividad durante el período de proyección. La relación resultante proporciona una aproximación de referencia para el crecimiento agregado, en lugar de un modelo de fijación de salarios a corto plazo o estructural. - Las tasas de crecimiento salarial se aplican a datos históricos de la OIT y se ajustan por inflación. Dado que no existe un índice de precios y salarios armonizado internacionalmente, se utilizó el IPC. Los datos del IPC están disponibles hasta 2024, tras lo cual se utiliza una media geométrica de 10 años para realizar proyecciones hasta 2030. - Los salarios se convierten de dólares internacionales a unidades de moneda local utilizando datos de tipos de cambio de mercado.	ILO (2025). ILO. ILOSTAT Database: Labour Force Statistics (2024). IMF (2025). Solow, A Contribution to the Theory of Economic Growth (1956). Lucas, On the mechanics of economic development (1988). Romer, Endogenous Technological Change (1990). OECD. Decoupling Wages from Productivity (2018).
Población empleada en edad laboral	La población empleada de entre 15 y 64 años.	Los datos históricos de empleo de las personas de entre 15 y 64 años provienen de las estadísticas de la fuerza laboral de la OIT y sirven como base para las proyecciones. Las tasas de crecimiento del empleo para personas de 15 años o más, según el modelo de ILO, se aplican hasta 2026. Para el período 2027-2030, las proyecciones utilizan la tasa de crecimiento promedio observada entre 2024 y 2026.	ILO. Labour Force Statistics: Employed 15-64 population (2024). ILO (2025).

Promedio anual de días de licencia médica por salud mental por trabajador	La diferencia en la proporción de días de licencia médica tomados por trabajadores con trastornos mentales en comparación con aquellos sin trastornos mentales	• El promedio anual de días de licencia médica por trabajador (población empleada) se modela como un promedio ponderado según el estado de salud mental y se supone constante durante el período de pronóstico. • La OCDE publica el promedio anual de días de licencia médica entre los trabajadores, según el grado de angustia mental. Los cálculos parten de la base de que la brecha de días de licencia médica estimada utilizando datos agregados por la OCDE sobre afecciones de salud mental es representativa de las enfermedades mentales diagnosticadas. • Los datos de la OCDE sobre licencias médicas miden los días de ausencia condicionados a la toma de cualquier tipo de licencia médica. Esta medida se calibra con respecto a una medida incondicional por trabajador (es decir, promediada entre todos los trabajadores empleados, incluidos aquellos con cero días de licencia médica) y se supone que la calibración es apropiada. • Las diferencias proporcionales en las licencias médicas se basan en las definiciones de sufrimiento mental de la OCDE y pueden no reflejar las deficiencias en los trastornos diagnosticados. • Las diferencias estimadas reflejan un exceso de ausentismo laboral asociado al estado de salud mental, más que efectos causales.	AIA Vitality. ↓ Malasia's Healthiest Workplace (2017).
---	---	---	---

Sistemas de protección

Las proyecciones de gasto en sistemas de protección de la atención de la salud mental se basan en lo siguiente:

- Gasto en atención de salud mental, con cálculos que incluyen el gasto público en salud asignado a la atención de salud mental, servicios farmacéuticos, gastos individuales directos y otros gastos privados relacionados con MHC.
- Otros gastos en servicios sociales, cuyos cálculos incluyen pagos por discapacidad para la atención médica mental y pagos de pensiones.

Se aplicaron ajustes periódicos a las proyecciones hasta 2030. Además, el valor de la atención informal se estimó en función del número de cuidadores informales de MHC y del costo total por cuidador informal de MHC.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Ajuste del período (para proyecciones hasta 2030)	Ajuste del período (%) para extrapolar los datos más recientes hasta 2030.	• Calculado en función de la prevalencia proyectada y la inflación. La tasa de inflación se calcula utilizando el IPC histórico y las proyecciones de inflación. • Las proyecciones de gasto parten de la base de una trayectoria de crecimiento constante; las estimaciones parten de la base de que no habrá cambios en el ciclo económico.	IHME (2025). Banco Mundial (2025). IMF (2025).
Servicios de atención de salud mental	Gasto total presupuestado por el gobierno en servicios de salud mental, incluidos los salarios, servicios y suministros de psiquiatría y salud mental.		Kementerian Kesehatan. Anggaran Perbelanjaan Persekutuan (2025).

Servicios farmacéuticos relacionados con MHC	Gasto farmacéutico total en medicamentos y tratamientos para la salud mental.	• Calculado utilizando la estimación de Gastos Totales en Productos Farmacéuticos (GTP) reportada por el Ministerio de Salud. • La asignación del gasto a la atención de salud mental se basa en la proporción del gasto en psiquiatría y salud mental con respecto al gasto total presupuestado en salud.	Kementerian Kesihatan. Estimation of Total Pharmaceutical Expenditure (TPE) Using National Health Accounts Framework Report 2018-2023 (2025).
Gastos individuales de bolsillo	Gasto total directo en salud general, prorrateado a MHC.	• Se aplicó el método de prorrateo utilizado para los servicios farmacéuticos.	Kementerian Kesihatan. Malasia National Health Accounts, Health Expenditure Report 2011-2022 (2023).
Otros gastos privados relacionados con la salud mental	Gasto privado total de las compañías aseguradoras, entidades privadas y entidades similares, corporaciones e instituciones sin fines de lucro que prestan servicios a los hogares (ONG) en materia de salud general, asignado a MHC.		
Pagos por discapacidad para MHC	Pagos por discapacidad total asignados a MHC.	• Pagos por discapacidad total destinados a la “prestación por trabajador discapacitado”, la “asistencia para personas con discapacidad (PCD) incapaces de trabajar” y la “asistencia para el cuidador de PCD/pacientes con enfermedades crónicas postrados en cama” (incluidos los que no son de salud mental). • La proporción de inscripciones en el programa JKM OKU relacionadas con la salud mental, como porcentaje del total de inscripciones en JKM OKU, se estimó utilizando el número acumulado de personas registradas con discapacidades mentales en cada estado.	Kementerian Ekonomi. Person with disability statistics (2022).
Pagos de pensión para MHC	Pagos totales de prestaciones por pensiones de invalidez y pensiones de supervivencia por todos los motivos (incluidos los que no son de salud mental), prorrateados a los beneficiarios de MHC.	• Estimado utilizando el total de casos de invalidez y supervivencia notificados por trastornos mentales.	Perkeso. Annual Report 2023 (2023).

Número de cuidadores informales de salud mental	Número total de cuidadores informales en Malasia que atienden a personas con MHC.	Estimado utilizando el porcentaje de la población adulta que proporciona cuidados informales (5,10 %), multiplicado por la proporción de receptores de cuidados que reciben cuidados informales debido a una afección de salud mental (8,65 %).	Banco Mundial (2025). Jawahir et al. The impacts of caregiving intensity on informal caregivers in Malasia: findings from a national survey (2021).
Costo total por cuidador informal de MHC	El costo de un cuidador sustituto se estimó utilizando el valor por hora de los cuidados no remunerados para personas mayores de 15 años y personas en situaciones de dependencia funcional.	- Estimado como la tasa salarial promedio más costos adicionales de salario (23 %) y gastos generales de organización (20 %). Las previsiones salariales se elaboraron utilizando el crecimiento de los salarios reales, estimado a partir de las estimaciones de IMF WEO y ILOEST OIT. - El total de horas semanales de cuidados informales prestados por un cuidador informal a una persona con una afección de salud mental se estimó utilizando el promedio de horas de cuidados informales proporcionadas, según lo informado por los encuestados. - Las respuestas categóricas de la encuesta, como “1-19 horas” o “20+ horas”, se interpretaron utilizando el punto medio de cada rango. Para las categorías sin límites, se asumió que el punto medio era un 50 % superior al límite inferior.	Kementerian Ekonomi. Banci Ekonomi 2023 – Statistik Pekerja Dan Gaji & Upah (2025). IMF (2025). ILO 2025). Jawahir et al. (2021).

Supuestos y limitaciones adicionales

- Se aplicó un tipo de cambio USD-MYR de 4,03 (promedio del período del 02 al 30 de enero de 2026).¹
- Se aplicó un VLY de USD 35.000.

1. IMF. [Representative Exchange Rates for Selected Currencies for January 2026](#) (2026).

Productividad

Las proyecciones de los impactos relacionados con el empleo se basan en lo siguiente:

- Impacto de la participación valorada, calculado utilizando la prevalencia proyectada, una brecha estimada en la tasa de empleo y los salarios promedio anuales;
- Impacto del ausentismo laboral valorado, calculado utilizando la población empleada en edad laboral, los días de licencia médica mental anuales por trabajador y el salario medio diario.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Brecha en la tasa de empleo	La diferencia entre la tasa de empleo de las personas con una afección de salud mental (MHC) y la tasa de empleo de las personas sin una MHC.	• En los EAU, se dispone de datos limitados sobre las tasas de empleo de personas con afecciones de salud mental. Las diferencias en los Emiratos Árabes Unidos se han aproximado mediante un promedio aritmético simple entre Suiza y Japón. • Las tasas de empleo para la población en edad laboral se modelaron como una media ponderada según el estado de salud mental, incorporando las tasas para individuos sin afecciones de salud mental, con afecciones de salud mental graves y con afecciones de salud mental moderadas. Este enfoque permite inferir las tasas de empleo para poblaciones con y sin trastornos mentales comunes utilizando datos agregados de empleo observados, datos de prevalencia y brechas de empleo estimadas externamente. • Las MHC diagnosticadas se aproximaron utilizando un método de proporción igual (50:50) de angustia mental moderada y grave. La brecha de empleo ponderada, estimada a partir de datos agregados de la OCDE sobre trastornos mentales graves y moderados, se considera ampliamente representativa de las diferencias de empleo entre las personas con MHC diagnosticadas. • Es probable que las brechas de empleo sean conservadoras en contextos de alto estigma	OECD, Fitter minds, Fitter Jobs (2021). ILO. ILO Modelled Estimates and Projections Database (ILOEST) (2025). IMF (2025).

Salario medio anual/diario	Salarios promedio independientemente del estado de la MHC.	- Las proyecciones indirectas del crecimiento de los salarios reales se elaboran utilizando datos del PIB real del informe Perspectivas de la Economía Mundial del FMI y el crecimiento del empleo real para las poblaciones de 15 años o más de la base de datos ILOEST de la OIT en los mercados objetivo. Esta metodología está respaldada por un análisis de la OCDE (2018). Este enfoque parte de la base de que los cambios en las horas trabajadas o en el esfuerzo laboral son mínimos en comparación con las variaciones en el empleo y la productividad durante el período de proyección. La relación resultante proporciona una aproximación de referencia para el crecimiento agregado, en lugar de un modelo de fijación de salarios a corto plazo o estructural. - Las tasas de crecimiento salarial se aplican a datos históricos de la OIT y se ajustan por inflación. Dado que no existe un índice de precios y salarios armonizado internacionalmente, se utilizó el IPC. Los datos del IPC están disponibles hasta 2024, tras lo cual se utiliza una media geométrica de 10 años para realizar proyecciones hasta 2030. - Los salarios se convierten de dólares internacionales a unidades de moneda local utilizando datos de tipos de cambio de mercado.	ILO (2025). ILO. ILOSTAT Database: Labour Force Statistics (2024). IMF (2025). Solow, A Contribution to the Theory of Economic Growth (1956). Lucas, On the mechanics of economic development (1988). Romer, Endogenous Technological Change (1990). OECD. Decoupling Wages from Productivity (2018).
Población empleada en edad laboral	La población empleada de entre 15 y 64 años.	Los datos históricos de empleo de las personas de entre 15 y 64 años provienen de las estadísticas de la fuerza laboral de la OIT y sirven como base para las proyecciones. Las tasas de crecimiento del empleo para personas de 15 años o más, según el modelo de ILO, se aplican hasta 2026. Para el período 2027-2030, las proyecciones utilizan la tasa de crecimiento promedio observada entre 2024 y 2026.	ILO. Labour Force Statistics: Employed 15-64 population (2024). ILO (2025).

Promedio anual de días de licencia médica por salud mental por trabajador	La diferencia en la proporción de días de licencia médica tomados por trabajadores con trastornos mentales en comparación con aquellos sin trastornos mentales	• La licencia médica de referencia de países similares (Arabia Saudita/Qatar) se centra en profesiones limitadas y pueden no reflejar el mercado laboral de los EAU. • La OCDE publica el promedio anual de días de licencia médica entre los trabajadores, según el grado de angustia mental. Los cálculos asumen que la brecha proporcional de días de licencia médica estimada a partir de datos agregados por la OCDE para el malestar mental es, en términos generales, representativa de las enfermedades mentales diagnosticadas. • Los datos de la OCDE sobre licencias médicas miden los días de ausencia condicionados a la toma de cualquier tipo de licencia médica. Esta medida se calibra con respecto a una medida incondicional por trabajador (es decir, promediada entre todos los trabajadores empleados, incluidos aquellos con cero días de licencia médica) y se supone que la calibración es apropiada. • Las diferencias proporcionales en las licencias médicas se basan en las definiciones de sufrimiento mental de la OCDE y pueden no reflejar las deficiencias en los trastornos diagnosticados. • Las diferencias estimadas reflejan un exceso de ausentismo laboral asociado al estado de salud mental, más que efectos causales.	Elabd <i>et al.</i> Sick Leaves Pattern in a Tertiary Healthcare Facility in Saudi Arabia (2020). Nuaimi <i>et al.</i> Sickness Absentism among primary health care workers in Qatar before and during the COVID-19 pandemic (2023).
--	---	---	--

Sistemas de protección

Las proyecciones de gasto en sistemas de protección de la atención de la salud mental se basan en lo siguiente:

- Gasto en atención de salud mental, con cálculos que incluyen el gasto general en salud asignado a la atención de salud mental, servicios farmacéuticos, gastos individuales directos, gasto de compañías aseguradoras de salud privadas y otros gastos privados relacionados con MHC.
- Otros gastos en servicios sociales.

Se aplicaron ajustes periódicos a las proyecciones hasta 2030. Además, el valor de la atención informal se estimó en función del número de cuidadores informales de MHC y del costo total por cuidador informal de MHC.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Ajuste del período (para proyecciones hasta 2030)	Ajuste del período (%) para extrapolar los datos más recientes hasta 2030.	• Calculado en función de la prevalencia proyectada y la inflación. La tasa de inflación se calcula utilizando el IPC histórico y las proyecciones de inflación. • Las proyecciones de gasto parten de la base de una trayectoria de crecimiento constante; las estimaciones parten de la base de que no habrá cambios en el ciclo económico.	IHME (2025). Banco Mundial (2025). IMF (2025).
Gasto general en salud	Gasto público total y gasto en financiación obligatoria de la atención sanitaria contributiva, asignado a la atención sanitaria médica.	• La proporción del gasto relacionado con la atención/tratamiento de la salud mental se estimó utilizando el gasto declarado por la Autoridad Sanitaria de Dubái para las Principales Categorías Diagnósticas (MDC).	Centro Federal de Competitividad y Estadística. Health Services 2023 (2023). Autoridad Sanitaria de Dubái, Health accounts system of Dubai (2022).

Servicios farmacéuticos	Costo total de medicamentos y suministros para los servicios clínicos relacionados con la salud mental.	Incluye trastornos de ansiedad, depresión, psicosis y trastornos de atención, según los datos del PNUD, pero la epilepsia, los trastornos del desarrollo, los trastornos de conducta y el consumo de alcohol tienen un valor de cero.	Organización Mundial de la Salud. The cost of health services delivered at primary care facilities in the United Arab Emirates (2023).
Gasto de las compañías aseguradoras de salud privadas	Gasto total procedente de seguros de salud voluntarios y seguros privados obligatorios relacionados con la salud, prorrateado a MHC.	Se aplicó el método de prorrateo utilizado para el gasto en servicios de salud.	Centro Federal de Competitividad y Estadística (2023).
Gastos directos	Gastos totales de bolsillo de los hogares en servicios de salud y gastos sanitarios privados domésticos, prorrateados a MHC.		
Otros gastos en servicios sociales	Presupuesto total asignado a la protección social, distribuido entre MHC.	Se aplicó el método de prorrateo utilizado para el gasto en servicios de salud.	Gobierno de los EAU - Ministerio de Empoderamiento Comunitario, Social Protection Budget (2024).
Horas de atención informal para personas con MHC	Horas totales de cuidados informales proporcionados a personas con MHC	- El total de horas de cuidados informales se estima utilizando la población total de 15 años o más, multiplicada por el promedio de horas semanales de cuidados por persona estimado por la OIT (2019). - El total de horas semanales de cuidados informales prestados por la persona promedio en los Emiratos Árabes Unidos se estimó utilizando el promedio de horas de cuidados informales proporcionados (incluidos los servicios comunitarios, de cuidado y domésticos) multiplicado por la proporción de cuidados informales asignada únicamente a los servicios de cuidado. - La población total de los Emiratos Árabes Unidos mayor de 15 años se basa en valores históricos y previsiones del Banco Mundial. No se estima el número total de cuidadores de personas con afecciones de salud mental, ya que la OIT informa las horas de cuidado como un promedio para toda la población.	Banco Mundial (2025). ILO. The Unpaid Care Work and the Labour Market. An analysis of time use data based on the latest World Compilation of Time-use Surveys (2019).

Costo de reemplazo por hora	El valor de los cuidados no remunerados utilizando el método del costo de reposición. Valorado en función del costo de contratar a un cuidador formal para sustituir a un cuidador informal.	- El costo de la sustitución del cuidador se estimó utilizando el salario medio de los cuidadores de Indeed (2026) y la tabla salarial de los trabajadores domésticos del Ministerio de Recursos Humanos y Emiratización (MoHRE Tadbeer, 2025). - Se estima como el promedio de las tasas salariales más los costos adicionales de salario (23 %) y los gastos generales de organización (20 %). Las previsiones salariales se elaboraron utilizando el crecimiento de los salarios reales, estimado a partir de las estimaciones de IMF WEO y ILOEST OIT.	Diminic et al. (2017). Indeed. Caregiver salary in UAE (2026). MoHRE Tadbeer (consultado en 2025) IMF (2025). ILO (2025).
-----------------------------	--	---	--

Supuestos y limitaciones adicionales

- Se aplicó un tipo de cambio USD-AED de 3,67 (promedio del período del 2 al 30 de enero de 2026).¹
- Se aplicó un VLY de USD 127.000.

1. IMF. [Representative Exchange Rates for Selected Currencies for January 2026](#) (2026).

Productividad

Las proyecciones de los impactos relacionados con el empleo se basan en lo siguiente:

- Impacto de la participación valorada: calculado utilizando la prevalencia proyectada, una brecha estimada en la tasa de empleo y los salarios promedio por año.
- Impacto del ausentismo laboral: calculado utilizando la población empleada en edad laboral, los días de licencia médica mental anuales por trabajador y el salario medio diario.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Brecha en la tasa de empleo	La diferencia entre la tasa de empleo de las personas con una afección de salud mental (MHC) y la tasa de empleo de las personas sin una MHC.	• La tasa de empleo en la población en edad laboral se modeló como una media ponderada según el estado de salud mental, incorporando las tasas de empleo de aquellos sin afecciones de salud mental, aquellos con afecciones de salud mental graves y aquellos con afecciones de salud mental moderadas. Estas identidades permiten inferir las tasas de empleo para las poblaciones con y sin MHC utilizando el empleo agregado observado, la prevalencia y una brecha de empleo estimada externamente. • Se asumió que una proporción de 50:50 entre angustia mental moderada y grave se aproximaba al diagnóstico de MHC. Partimos de la base de que la brecha de empleo ponderada, estimada utilizando datos agregados por la OCDE para el malestar mental grave/moderado, es ampliamente representativa de los casos diagnosticados de trastornos mentales graves. • Es probable que las brechas de empleo sean conservadoras en contextos de alto estigma.	OECD, Fitter minds, Fitter Jobs (2021). ILO. ILO Modelled Estimates and Projections Database (ILOEST) (2025). IMF (2025).

Salario medio anual/diario	Salarios promedio independientemente del estado de la MHC.	- Las proyecciones indirectas del crecimiento de los salarios reales se elaboran utilizando datos del PIB real del informe Perspectivas de la Economía Mundial del FMI y el crecimiento del empleo real para las poblaciones de 15 años o más de la base de datos ILOEST de la OIT en los mercados objetivo. Esta metodología está respaldada por un análisis de la OCDE (2018). Este enfoque parte de la base de que los cambios en las horas trabajadas o en el esfuerzo laboral son mínimos en comparación con las variaciones en el empleo y la productividad durante el período de proyección. La relación resultante proporciona una aproximación de referencia para el crecimiento agregado, en lugar de un modelo de fijación de salarios a corto plazo o estructural. - Las tasas de crecimiento salarial se aplican a datos históricos de la OIT y se ajustan por inflación. Dado que no existe un índice de precios y salarios armonizado internacionalmente, se utilizó el IPC. Los datos del IPC están disponibles hasta 2024, tras lo cual se utiliza una media geométrica de 10 años para realizar proyecciones hasta 2030. - Los salarios se convierten de dólares internacionales a unidades de moneda local utilizando datos de tipos de cambio de mercado.	ILO (2025). ILO. ILOSTAT Database: Labour Force Statistics (2024). IMF (2025). Solow, A Contribution to the Theory of Economic Growth (1956). Lucas, On the mechanics of economic development (1988). Romer, Endogenous Technological Change (1990). OECD. Decoupling Wages from Productivity (2018).
Población empleada en edad laboral	La población empleada de entre 15 y 64 años.	Los datos históricos de empleo de las personas de entre 15 y 64 años provienen de las estadísticas de la fuerza laboral de la OIT y sirven como base para las proyecciones. Las tasas de crecimiento del empleo para personas de 15 años o más, según el modelo de ILO, se aplican hasta 2026. Para el período 2027-2030, las proyecciones utilizan la tasa de crecimiento promedio observada entre 2024 y 2026.	ILO. Labour Force Statistics: Employed 15-64 population (2024). ILO (2025).
Número de días laborables perdidos por enfermedad	Número total de días laborables perdidos por enfermedad en el mercado laboral del Reino Unido debido a afecciones de salud mental.	Las previsiones se basan en la media aritmética estimada a 10 años del total de días de licencia médica por trabajador.	Oficina Nacional de Estadística. Labour force survey - Sickness absence in the UK labour market: 2023 and 2024 (2025).

Sistemas de protección

Las proyecciones de gasto en sistemas de protección de la atención de la salud mental se basan en lo siguiente:

- Gasto en atención de salud mental, con cálculos que incluyen servicios de atención de salud mental, atención primaria relacionada con la salud mental, servicios farmacéuticos, gastos de compañías aseguradoras de salud privadas y gastos individuales directos.
- Otros gastos en servicios sociales.

Se aplicaron ajustes periódicos a las proyecciones hasta 2030. Además, el valor de la atención informal se estimó en función del número de cuidadores informales de MHC y del costo total por cuidador informal de MHC.

Entradas	Definición	Notas sobre la metodología	Fuente(s) primaria(s):
Ajuste del período (para proyecciones hasta 2030)	Ajuste del período (%) para extrapolar los datos más recientes hasta 2030.	• Calculado en función de la prevalencia proyectada y la inflación. La tasa de inflación se calcula utilizando el IPC histórico y las proyecciones de inflación. • Las proyecciones de gasto parten de la base de una trayectoria de crecimiento constante; las estimaciones parten de la base de que no habrá cambios en el ciclo económico.	IHME (2025). Banco Mundial (2025). IMF (2025).

Servicios de atención de salud mental	Gasto total en servicios de atención de salud mental en los presupuestos del NHS procedentes de las cuentas públicas del NHS de Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte.	La proporción del gasto relacionado con la atención/tratamiento de la salud mental se estimó utilizando el gasto declarado por la Autoridad Sanitaria de Dubái para las Principales Categorías Diagnósticas (MDC).	Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, NHS mental health dashboard (consultado en 2025). Servicio Nacional de Salud de Escocia. Mental Health expenditure - financial years 2012/13 to 2023/24 (2025). StatsWales. NHS expenditure by programme budget category, organisation and commissioner (2024). Asamblea de Irlanda del Norte. Report on Mental Health Services in Northern Ireland (2024).
Atención primaria relacionada con MHC	Gasto total en servicios de atención primaria, para la salud general, asignado a la atención médica de salud.	- Inglaterra: estimación del gasto en médicos generales relacionado con la salud mental, obtenida del Centro de Salud Mental y extrapolada hasta 2030 utilizando el ajuste por período. - Escocia: gasto presupuestario total (Nivel 3) en Servicios Médicos Generales. La proporción del gasto en atención primaria relacionada con la salud mental se basó en el gasto en salud mental como porcentaje del gasto neto total del NHS de Escocia (2025). - Gales: gasto total en medicina general, neto de dispensación de medicamentos. La proporción del gasto en atención primaria relacionado con la salud mental se basó en el gasto del NHS en “afecciones de salud mental” y “problemas de discapacidad intelectual” como porcentaje del gasto total de LHB y PHW del Gobierno de Gales (2025). - Irlanda del Norte: pagos totales destinados al costo total de los servicios de medicina general. La proporción de los costos de los servicios de médicos generales relacionados con la salud mental se basó en las inversiones totales en servicios de salud mental como porcentaje del presupuesto general de salud de NISRA (2024).	Centro de Salud Mental. The economic and social costs of mental ill health (2024). Servicio Nacional de Salud de Inglaterra (2025). Servicio Nacional de Salud de Escocia (2025). Gobierno de Escocia. Scottish Budget 2025 to 2026 (2024). Gobierno de Gales (2025). StatsWales. Investment in general practice for the 2019 to 2020 financial year to the 2023 to 2024 financial year (2024). Agencia de Estadística e Investigación de Irlanda del Norte (2024).

Servicios farmacéuticos	Gasto total en medicamentos y productos farmacéuticos relacionados con la salud mental.	- Inglaterra y Escocia: costos netos de los ingredientes de los antidepresivos, estimulantes del sistema nervioso central y fármacos utilizados en la psicosis e hipnóticos. - Gales e Irlanda del Norte: costos farmacéuticos totales (incluidos los medicamentos no relacionados con la salud mental). Se aplicó el método de reparto utilizado para la atención primaria.	NHSBSA - Estadísticas, Prescription Cost Analytics (2025). Salud Pública de Escocia. Dispenser payments and prescription cost analysis. (2025). StatsWales. Health and social care (2024). Organización de Servicios Empresariales. Pharmaceutical statistics (2025).
Gasto de las compañías aseguradoras de salud privadas	Gasto total en seguros de salud voluntarios en el Reino Unido, para la salud general, prorrateado según la cobertura de salud mental.	Se aplicó el método de reparto utilizado para la atención primaria.	Oficina Nacional de Estadística, Healthcare expenditure, UK Health Accounts: 2023 and 2024 (2024).
Gastos directos	Gastos totales de bolsillo de los consumidores en servicios de salud notificados en el Reino Unido, para la salud general, prorrateados por MHC.		

Otros gastos en servicios sociales	Gasto total en pagos de apoyo por discapacidad y otros servicios sociales locales específicos de salud mental.	- Inglaterra: gasto de los servicios sociales de las autoridades locales en salud mental. - Escocia: pagos para adultos, niños y personas en edad de jubilación en los que se indica “Trastornos mentales y del comportamiento” como discapacidad principal. - Gales: pagos directos por servicios sociales a adultos menores de 65 años con “necesidades de salud mental” y “discapacidades de aprendizaje”. - Irlanda del Norte: pagos totales por servicios sociales destinados a “Salud Mental” y “Discapacidad Intelectual”.	Centro de Salud Mental (2024). Seguridad Social de Escocia (2025). StatsWales (2024). Asamblea de Irlanda del Norte (2024).
Número de cuidadores informales	Número total de cuidadores informales que atienden a personas con MHC.	Proporción de cuidadores informales que atienden a una persona con una afección de salud mental, estimada utilizando la proporción de personas que reciben atención de apoyo para la salud mental en Inglaterra, según lo informado en la Encuesta de Servicios Sociales Personales de Cuidadores Adultos en Inglaterra (2024).	Servicio Nacional de Salud de Inglaterra. Personal Social Services Survey of Adult Carers in England (2024). ONS. Unpaid care, England and Wales: Census 2021 (2021).
Costo total por cuidador informal de MH	El valor de los cuidados no remunerados utilizando el método del costo de reposición. Valorado en función del costo de contratar a un cuidador formal para sustituir a un cuidador informal.	- El costo de la sustitución del cuidador se estimó utilizando la tarifa salarial para los cuidadores y cuidadores a domicilio (SOC 6135) y los cuidadores de personas mayores (SOC 6136). Estimado como el promedio simple de las tasas salariales más los costos adicionales de salario (23 %) y los gastos generales de la organización (20 %). Las previsiones salariales se elaboraron utilizando el crecimiento de los salarios reales, estimado a partir de las estimaciones de IMF WEO y ILOEST OIT. - El total de horas semanales de cuidados informales prestados por un cuidador informal a una persona con una enfermedad mental se estimó utilizando el promedio de horas dedicadas a la prestación de cuidados por semana, según lo informado en la Encuesta de Servicios Sociales Personales para Cuidadores de Adultos (PSSAC). Las respuestas categóricas de la encuesta (0-4, 5-19, 20-34, 35-49 horas) se trataron tomando el punto medio. Se supone que el punto medio de las categorías sin límite (50 horas o más, varía, pero menos de 35 horas, varía, pero 35 horas o más) es un 50 % más alto.	Diminic et al. (2017). ONS. Earnings and horas worked, occupation by four-digit SOC: ASHE Table 14 (2025). IMF (2025). ILO (2025).

Supuestos y limitaciones adicionales

- Se aplicó un tipo de cambio USD-GBP de 0,74 (promedio del período del 2 al 30 de enero de 2026).¹
- Se aplicó un VLY de USD 144.000.

1. IMF. [Representative Exchange Rates for Selected Currencies for January 2026](#) (2026).

Agradecimientos



Este informe fue elaborado por Zurich Insurance Group, con el apoyo de Mandala Partners. Fue desarrollado gracias a los esfuerzos y la guía de Rosanna Cubelli, Sophie Heading, Sean McAllister y Rebecca Pihlapuro. Este informe también se ha beneficiado enormemente de la visión y la experiencia de las siguientes personas:

[Jose Ernesto Aguero](#), Deputy Head of Data Analytics, Zurich Chile; [Susanne Cupic](#), Mental Health Prevention Coach, Prevention & Health Care Consulting, Zurich Suiza; [Reka Deak](#), Head of People Resilience and Inclusion, Zurich Insurance Group; [Sofyen Khalfaoui](#), Head of Improving Mental Wellbeing, Fundación Z Zurich; [Dr Khatchik Kinoyan](#), Chief Underwriter, Zurich Medio Oriente; [Olfa Khechine](#), Health & Wellbeing Proposition Lead, Zurich Insurance Group; [Han Boon Lee](#), Chief Proposition Management Officer, Zurich Malasia; [Peter Hamilton](#), Head of Market Engagement – Reino Unido, Zurich Reino Unido; [Michele Häusler](#), Head of Customer Experience and Growth, Corporate Life & Pensions, Zurich Insurance Group; [Nick Homer](#), Head of Market Management – Corporate Risk, Zurich Reino Unido; [Heike Hommel](#), Head of Underwriting Life, Zurich Alemania; [Alison Martin](#), CEO Life, Health and Bank Distribution, Zurich Insurance Group; [Toby May](#), Head of Sustainability Integration, Zurich Insurance Group; [Laura McAlpine](#), Head of Public Affairs, Zurich Reino Unido; [Maite Mouraille](#), Head of Marketing & Communication, Zurich Medio Oriente; [Angeles Quintana](#), Head of Life and Health, Zurich Chile; [Andrea Alejandra Perez](#), Commercial Manager, Group Health, Zurich Chile; [Sally Phillips](#), Head of Zurich Medical Administration, Life, Health and Bank Distribution, Zurich Insurance Group; [Martin Scanlon](#), Senior Protection Proposition Manager, Protection & Data Analytics, Zurich Insurance Group; [Harriet Taylor](#), Head of Zurich Global Employee Benefits, Zurich Insurance Group; [Antony Vriens](#), Head Of Health Services, Zurich Australia; and [Felipe Andres Yañez](#), Deputy Head of Group Health Commercial, Zurich Chile; [Igor Rogach](#), Data and Analytics Manager, Zurich Insurance Group.

Este informe se publicó originalmente en inglés. En caso de existir alguna inconsistencia o discrepancia entre la versión en inglés y cualquier versión traducida, prevalecerá la versión en inglés.

Acerca de nosotros

Zurich Insurance Group (Zurich) es una aseguradora multirramo líder a nivel mundial, fundada hace más de 150 años, que ha crecido hasta convertirse en una empresa que presta servicios a más de 82 millones de clientes en más de 200 países y territorios, al tiempo que ofrece una rentabilidad total para los accionistas líder en el sector. Como reflejo de su propósito de “crear juntos un futuro mejor”, Zurich ofrece servicios de protección que van más allá de los seguros tradicionales, para ayudar a sus clientes a desarrollar resiliencia. Desde 2020, el proyecto Zurich Forest ha apoyado la reforestación y la restauración de la biodiversidad en la Mata Atlántica de Brasil. El Grupo cuenta con más de 65.000 empleados y tiene su sede en Zurich, Suiza. Zurich Insurance Group Ltd. (ZURN) cotiza en la bolsa SIX Swiss Exchange y cuenta con un programa de American Depositary Receipts de nivel I (ZURVY), que se negocia extrabursátilmente en OTCQX. Puede encontrar más información en www.zurich.com.

Descargo de responsabilidad: esta publicación ha sido elaborada por Zurich Insurance Group Ltd. y las opiniones expresadas en ella son las de Zurich Insurance Group Ltd. a la fecha de su redacción y están sujetas a cambios sin previo aviso. Esta publicación se ha elaborado únicamente con fines informativos. Toda la información contenida en esta publicación ha sido recopilada y obtenida de fuentes que se consideran fiables y creíbles, pero Zurich Insurance Group Ltd. ni ninguna de sus filiales (el “Grupo”) ofrecen garantía alguna, expresa o implícita, sobre su exactitud o integridad. Esta publicación no pretende ser un asesoramiento legal, de suscripción de seguros, financiero, de inversión ni de ningún otro tipo de asesoramiento profesional. El Grupo declina toda responsabilidad que pudiera derivarse del uso o la confianza depositada en esta publicación. Ciertas declaraciones en esta publicación son declaraciones prospectivas, incluidas, pero no limitadas a, declaraciones que son predicciones o que indican eventos, tendencias, planes, desarrollos u objetivos futuros. No se debe confiar indebidamente en dichas declaraciones, ya que, por su naturaleza, están sujetas a riesgos e incertidumbres conocidos y desconocidos, y pueden verse afectadas por numerosos factores imprevisibles.

El contenido de esta publicación no está vinculado a ningún producto de seguro específico ni garantiza la cobertura bajo ninguna póliza de seguro. Esta publicación no podrá ser distribuida ni reproducida, ni total ni parcialmente, a través de otros canales de comunicación, sin la autorización previa por escrito de Zurich Insurance Group Ltd., Mythenquai 2, 8002 Zurich, Suiza. Ni Zurich Insurance Group Ltd. ni ninguna de sus filiales aceptan responsabilidad alguna por las pérdidas que pudieran derivarse del uso o la distribución de esta publicación. Esta publicación no constituye una oferta ni una invitación para la venta o compra de valores en ninguna jurisdicción.

