

**INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD,**  
recaído en el proyecto de ley, en segundo  
trámite constitucional, sobre protección de la  
salud mental.

**BOLETINES N<sup>os</sup> 10.563-11 y 10.755-11,**  
**refundidos**

---

**HONORABLE SENADO:**

La Comisión de Salud tiene el honor de informar acerca de los proyectos de ley señalados en la suma, refundidos en la cámara de origen, iniciados en las mociones que a continuación se enuncian:

- el primero, sobre protección de la salud mental, de los diputados señoras Cariola, Carvajal, Girardi y Hernando y señores Espinosa, Flores, Jaramillo, Meza, Robles y Torres, y

- el segundo, que establece normas de reconocimiento y protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad o discapacidad mental, de los diputados señoras Hernando y Rubilar y señores Alvarado, Castro, Espejo, Macaya, Monckeberg (don Nicolás), Pilowsky y Torres.

Las iniciativas ingresaron a tramitación legislativa en la Cámara de Diputados el 10 de marzo de 2016 y 15 de junio de 2016, respectivamente. Con fecha 8 de septiembre de 2016, la Sala de la Cámara de Diputados aprobó la solicitud de refundir ambas mociones. El proyecto de ley fue remitido al Senado el 18 de octubre de 2017.

La opinión de la Corte Suprema acerca de las normas que atañen a la organización y atribuciones de los tribunales de justicia fue consultada respecto del boletín N° 10.755-11, durante el primer trámite constitucional. El Alto Tribunal dio respuesta al oficio con fecha 5 de septiembre de 2016. La otra moción no contenía normas que hicieran necesario el trámite de consulta.

- - - - -

## NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

Se deja constancia de que tienen rango de ley orgánica constitucional, por referirse a atribuciones de los tribunales de justicia, el número 5 del inciso primero del artículo 7; el artículo 11; el inciso primero del artículo 12, y los artículos 13, 15 y 16; para su aprobación la Constitución Política de la República exige el voto conforme de las cuatro séptimas partes de los Senadores en ejercicio.

- - - - -

A las sesiones en que la Comisión analizó este asunto asistieron, además de sus integrantes y del Honorable Senador señor Juan Pablo Letelier Morel, las siguientes personas:

Del Ministerio de Salud: la Subsecretaria de Salud Pública, Paula Daza Narbona; el coordinador legislativo, doctor Enrique Accorsi; la Jefa de Gabinete, señora María José Guzmán; la Jefa de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), señora Sylvia Santander; el señor Mauricio Gómez de la misma División; los asesores legislativos, señores Jaime González e Ignacio Abarca.

Del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género: la señora Ministra, doña Isabel Plá Jarufe.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: los coordinadores, señora Fernanda Fritsche y señor Cristóbal Kubick.

Del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH): la Presidenta, señora Ismini Anastassiou; la abogada de la Unidad Jurídica Judicial, señora Tania Rojas.

De la Universidad de Valparaíso: el Director del Departamento de Psicología Clínica y Profesor Adjunto De la Escuela de Psicología, don Carlos Clavijo López; el sicólogo especialista en psicología infanto juvenil, señor Javier Morán Kneer.

De la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso: la Directora de la Clínica Psicológica, señora Marcela González; la psicóloga y Jefa de Investigación, señora María Isabel Reyes.

De La Escuela de Psicología de la Universidad de Playa Ancha: el psicólogo, señor Juan Antonio Bustamante Donoso.

De la Corporación Coordinadora de Organizaciones de Familiares, Usuarios y Amigos de personas con Afecciones de Salud Mental

(CORFAUSAM): el Presidente Regional de Santiago, señor Alberto Carvajal.

Del Colegio Médico de Chile A.G.: El Consejero Nacional, señor Hugo Reyes.

De la Asociación Chilena de Facultades de Medicina (ASOFAMECH): el Presidente, doctor Antonio Orellana Tobar.

De la Biblioteca del Congreso Nacional: Los analistas, señoras María Pía Lampert e Irina Aguayo y señor Eduardo Goldstein.

De la Fundación Jaime Guzmán: Los señores Carlos Oyarzún y Cristóbal Alzamora.

Los asesores del H. Senador señor Chahuán, señores Marcelo Sanhueza, Cristián Carvajal y Octavio Tapia.

El asesor de la H. Senadora señora Goic, señor Gerardo Bascuñán.

Los asesores del H. Senador señor Quinteros, señora Melissa Mallega y señor Jorge Frites.

Los asesores de la H. Senadora señora Van Rysselberghe, señores Felipe Caro y Rodrigo Hollmann.

Del Comité del Partido Socialista: el abogado señor Héctor Valladares.

- - - - -

## **OBJETIVOS Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO**

El proyecto de ley aprobado en general por la Comisión de Salud tiene por objetivo reconocer y garantizar los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental y de quienes experimentan una discapacidad intelectual o síquica, desarrollando y complementando las normas constitucionales y legales chilenas que los consagran, así como las normas incluidas en instrumentos internacionales suscritos por Chile. También regula algunos derechos de los familiares y cuidadores de dichas personas.

El proyecto se estructura en 22 artículos permanentes.

- - - - -

## **ANTECEDENTES DE DERECHO**

El proyecto de ley en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

- De la Constitución Política de la República, los ordinales 1°, 2°, 3°, 7°, 9° y 15° del artículo 19 y el artículo 21.
- Decreto N° 201, del Ministerio de Relaciones Exteriores, que promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.
- Del Código Sanitario, el Título V del Libro Cuarto, “De los ensayos clínicos de productos farmacéuticos y elementos de uso médico”, integrado por los artículos 111 A al 111 G, y el Libro VII, De la observación y reclusión de los enfermos mentales, de los alcohólicos y de los que presenten estado de dependencia de otras drogas y sustancias”, compuesto por los artículos 130 a 134.
- De la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, el Título II, “Derechos de las personas en su atención de salud”, conformado por los artículos 4° a 32.
- La ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.
- La ley N° 19.937, que modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
- La ley N° 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana.
- La ley N° 18.600, sobre deficientes mentales.
- La ley N° 20.422, sobre inclusión de personas con discapacidad.

-----

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

Ambas mociones consignan, en términos generales, que la salud mental se ha entendido como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales

para trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.

En Chile, se consagra el derecho a la integridad psíquica y a la protección de la salud, lo que condice con el derecho de toda persona al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” consagrado en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

La Organización Mundial de la Salud, reconoce tres formas en que los países han abordado la regulación de la salud mental: en algunos se dispone de una ley específica, en otros se incorpora a la legislación general de salud, trabajo, vivienda o legislación penal, y en otros, se combinan ambas fórmulas, integrando componentes de salud mental en diversas leyes, a la vez que cuentan con una legislación específica de salud mental.

En Chile, no existe tal legislación específica sobre salud mental, su regulación se encuentra dispersa en diversas normas, entre ellas: en la ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud; en la ley N° 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, y en la ley N° 18.600, que establece normas sobre deficiencia mental.

Las legislaciones en Latinoamérica, sin embargo, están tendiendo a establecer catálogos de derechos básicos reconocidos para las relaciones entre pacientes con enfermedad mental y entidades de salud. En Chile aún no se observa un desarrollo legal del referido catálogo.

La evidencia indica que las enfermedades mentales poseen una alta prevalencia en Chile y el mundo. Su relevancia es tal que la Organización Mundial de la Salud ha propiciado su incorporación como un elemento transversal en el diseño de políticas de salud, señalando que “no existe salud si no hay salud mental”.

La moción Boletín N° 10.755-11 asevera que diversas estimaciones muestran que las patologías psiquiátricas representarán el 13% de la carga global de enfermedad para el año 2030 y serán responsables de aproximadamente la tercera parte del costo total de las enfermedades no transmisibles, esto es, unos US\$15 trillones.

Los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad en Chile, según el último estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, que señala que el

23% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA<sup>1</sup>) tienen origen en condiciones neuropsiquiátricas; los trastornos psiquiátricos constituyen la primera causa de incapacidad transitoria entre los beneficiarios del sistema público, así como el 20% de los subsidios por incapacidad laboral de los cotizantes de Instituciones de Salud Previsional.

Mientras la proporción de compatriotas que ha presentado síntomas depresivos casi duplica la de Estados Unidos, situándose sobre el 17%, se estima que más del 3% de la población presenta trastornos psiquiátricos graves; menos de la mitad de ellos acceden a tratamiento<sup>2</sup>.

Para hacerse cargo de la situación, Chile ha llevado a cabo un conjunto de acciones. Entre otras, destaca la suscripción de la Convención de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, la promulgación de la ley sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad y la ley de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Del mismo modo, nuestro país ha generado planes de salud mental, elaborados por el Ministerio de Salud, que orientan la asignación de recursos públicos a mejorar el bienestar y salud mental de la población<sup>3</sup>.

A juicio de los autores de las mociones, los cuerpos jurídicos e instrumentos programáticos vigentes resultan insuficientes si se analiza la realidad de las políticas de salud mental en Chile. Desde la perspectiva presupuestaria el déficit es evidente: mientras el Plan de Salud Mental propone destinarle el 5% del total del presupuesto del sector, el gasto total apenas alcanza al 2,1% del mismo. Los aspectos preventivos de una política de salud mental han sido evidentemente descuidados. La atención en la comunidad o el medio ha sido priorizada, sin contar con cobertura ni tratamiento para los problemas más complejos, en que tanto se ha descuidado la atención institucional y se han cerrado camas psiquiátricas. Del total de 80 Garantías Explícitas en Salud ninguna incluye patologías mentales en menores de edad. Las políticas sectoriales de recursos humanos no han considerado la capacitación adecuada en esta materia ni el apoyo que debe entregarse a quienes se desempeñan con pacientes afectados por discapacidades mentales y sus familias.

La rehabilitación psicosocial de los pacientes de salud mental es un proceso que facilita a individuos que están

<sup>1</sup> Años de Vida Ajustados por Discapacidad; fuente: "Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible", ejecutado por el Departamento de Salud Pública de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, encargado por el Ministerio de Salud (julio 2008).

<sup>2</sup> Vicente B et al. "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders" in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *The American Journal of Psychiatry*, 2006.

<sup>3</sup> <http://www.minsal.cl/salud-mental/>

deteriorados, discapacitados o afectados por la condición de desventaja que supone un trastorno mental, la oportunidad de alcanzar el máximo nivel de funcionamiento independiente en la comunidad. Implica a la vez la mejoría de la competencia individual y la introducción de cambios en el entorno, para lograr una vida de la mejor calidad posible para la gente que ha experimentado un trastorno psíquico, o que padece un deterioro de su capacidad mental que produce cierto nivel de discapacidad. La rehabilitación psicosocial apunta a proporcionar el nivel óptimo de funcionamiento a individuos y sociedades y a minimizar discapacidades, dishabilidades y circunstancias que causan desventaja, potenciando las elecciones individuales sobre cómo vivir satisfactoriamente en la comunidad. Sin embargo, históricamente, muchos de los tratamientos a que se somete a los pacientes han consistido en incursionar en la experimentación, que hacen perder la esencia de la humanidad, aun cuando se respeten los elementos básicos de los derechos de los pacientes.

Tal circunstancia, a juicio de sus autores<sup>4</sup>, hace que el tema de la salud mental, deba ser de interés y una prioridad en salud pública, como componente esencial del bienestar general y del mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Según el Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (2006), de la Organización Mundial de la Salud, los derechos humanos constituyen una de las bases fundamentales para la legislación de salud mental. Se reconocen como derechos y principios más relevantes: “la igualdad, la prohibición de discriminación, el derecho a la privacidad y a la autonomía personal, la prohibición de tratos inhumanos y degradantes, el principio del ambiente menos restrictivo de la libertad y los derechos a la información y a la participación”.

Según un informe de la Universidad Católica, de 2014, “Avanzando al desarrollo de una propuesta de ley de salud mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo”<sup>5</sup>, la legislación vigente sobre salud mental es insuficiente, tanto para abordar adecuadamente los problemas y desafíos que se plantean, como para brindar efectiva protección a los derechos de los pacientes.

---

<sup>4</sup> Diputados señoras Cariola, Carvajal, Girardi y Hernando y señores Espinosa, Flores, Jaramillo, Meza, Robles y Torres. Boletín N° 10.563-11 (punto 8).

<sup>5</sup> González, Calderón, Valdivia, Jeria, Repetto y Vivanco. “Propuestas para Chile 2014”, Capítulo III, 2014, Centro de Políticas Públicas Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicacion/concurso-de-politicas-publicas-2/propuestas-para-chile-2014/propuestas-para-chile-2014-capitulo-iii-avanzando-al-desarrollo-de-una-propuesta-de-ley-de-salud-mental-en-chile-marco-legislativo-de-promocion-y-proteccion-de-los-grupos-de-mayor-vulnerabilidad-y/>

En el mismo sentido, el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental<sup>6</sup> ha sostenido que las leyes existentes en la materia, incumplen los estándares internacionales fijados por Naciones Unidas y por la Organización Mundial de la Salud. Sus conclusiones se citan en el Informe sobre “Sistema de Salud Mental de Chile”, del Ministerio de Salud, 2014, elaborado por la Universidad de Chile.

Ejemplos de ello es que en Chile se ha permitido efectuar tratamientos invasivos e irreversibles de esterilización con fines contraceptivos, sin manifestación de voluntad del paciente, o la hospitalización no voluntaria sin límites de tiempo. La hospitalización no voluntaria es regulada por normas reglamentarias, sin límite de tiempo, entregando su duración a la decisión discrecional del médico tratante; no obstante, según las directrices de la Organización Mundial de la Salud, debiera existir una autoridad independiente, judicial o administrativa, que supervise la restricción de derechos impuesta a estos pacientes.

Por consiguiente, en términos generales, el proyecto busca salvar la omisión existente en Chile, que carece de una legislación específica en salud mental, instaurando un marco normativo que proteja los derechos de las personas con discapacidad o con enfermedades mentales. La idea es recoger, al menos parcialmente, el llamado de la Organización Mundial de la Salud, en el sentido de contar con una legislación sobre salud mental que codifique y consolide los principios fundamentales, los valores, propósitos y metas que permitan fijar objetivos claros a políticas y programas de salud mental, para asegurar los derechos fundamentales de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, estigmatización, discriminación y marginación, por el sólo hecho de estar perjudicadas por una condición que afecta su salud mental.

- - - - -

### **BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO APROBADO POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS**

A continuación se describe sucintamente el contenido del articulado de la iniciativa en informe, muchos de cuyos aspectos serán tratados más detenidamente en el trámite reglamentario de la discusión en particular.

El artículo 1 señala que la finalidad de la ley es reconocer y garantizar, en el marco de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos, los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, con discapacidad intelectual o con discapacidad psíquica. A su vez, señala que la ley se aplicará a todos los servicios públicos o privados, cualquiera que sea la forma jurídica que tengan.

<sup>6</sup> <http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/>

El artículo 2 del proyecto de ley señala qué debe entenderse por enfermedad o trastorno mental, definiéndolo como una condición mórbida que sobreviene a una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

Asimismo, define qué debe entenderse por persona con discapacidad intelectual o psíquica, y señala que para diagnosticar la enfermedad o la discapacidad se debe tener presente que la salud mental está determinada por factores culturales, históricos, socio-económicos y biológicos que suponen una dinámica de construcción social esencialmente evolutiva.

En el artículo 3, enuncia los derechos y libertades a los cuales tiene derecho una persona con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica.

El artículo 4 consigna que toda persona con problemas de salud mental tiene la plenitud de los derechos contemplados en el título II de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, con especial mención de la forma de expresar consentimiento y del derecho del paciente a ser informado de modo que asegure su comprensión.

El artículo 5, asigna al Estado la función de promover la atención en salud mental interdisciplinaria, con personal debidamente capacitado y acreditado, y entrega directrices para el proceso de atención. Establece que la hospitalización psiquiátrica es un recurso excepcional y transitorio.

El artículo 6 prohíbe la realización de un diagnóstico basado exclusivamente en criterios tales como el grupo político, socioeconómico, cultural, racial o religioso de la persona, ni con su identidad u orientación sexual.

El artículo 7, por su parte, contempla un catálogo de derechos que se reconoce a la persona con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica.

El artículo 8 hace referencia a la prescripción de medicación, la que debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental, ser administrada sólo con fines terapéuticos y previa evaluación profesional pertinente.

Los artículos 9 a 18 tratan sobre la internación, tanto voluntaria como involuntaria, sus condiciones, requisitos y reglamentación.

Los artículos 19 y 20 contemplan los derechos de los familiares y las personas que cuidan y apoyan a personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual a organizarse para abogar por sus necesidades y las de las personas a su cargo y a recibir información sobre cómo ejercer su labor de cuidado.

El artículo 21 señala que la articulación intersectorial del Estado deberá incluir acciones permanentes para la inclusión social de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.

El artículo 22 modifica disposiciones de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

- - - - -

## DISCUSIÓN EN GENERAL

Al iniciar la discusión, **el Honorable Senador señor Girardi**, afirmó que nuestro país carece de una política de salud mental eficaz. Agregó que la intención de los parlamentarios es colaborar para que, por lo menos en el ámbito de lo público, se fortalezca esa área esencial de la salud, con la que se mantiene una gran deuda.

**La señora Subsecretaria de Salud Pública, doctora Paula Daza**, aseveró que el gobierno ha introducido algunas indicaciones al Plan Nacional de Salud Mental elaborado en años anteriores.

Presentó una visión general del Programa de Salud Mental 2017-2025, la que a continuación se detalla:

1. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría año 2000.

Destacó en primer lugar la importancia de los cambios relacionados con la forma de entender la salud mental y los trastornos mentales; las innovaciones en la orientación formativa; las variaciones en la organización y gestión de servicios, y la diversificación de la oferta hacia un modelo comunitario de atención.

Afirmó que hoy, a nivel mundial, el tema de salud mental es relevante para la Organización Mundial de la Salud

(OMS) y que claramente el foco está puesto en fortalecer el nivel comunitario y la atención primaria.

Planteó como otro aspecto importante, el aumento de cobertura de tratamiento: a diciembre de 2005 eran atendidas 270.000 personas, en tanto que a diciembre de 2015 la cobertura alcanza a 772.000, de las cuales el 84% recibe tratamiento en la Atención Primaria de Salud.

Destacó el desarrollo heterogéneo de la cobertura de tratamientos en salud mental) a lo largo del país y llamó la atención sobre la necesidad de cubrir esas importantes brechas en el modelo de atención.

## 2.- Trastornos Mentales en Chile.

Precisó que el 22% de prevalencia de trastornos mentales se presenta en jóvenes mayores de 15 años.

En niños de 4 a 11 años la prevalencia de trastornos mentales es de 27,8% y entre los de 12 a 18 años es de 16,5%, lo que da un promedio de 22,15%.

El 27% de las licencias médicas tiene por causa trastornos mentales, lo que representa el 30% del costo total de las licencias.

En mujeres, los trastornos del ánimo y ansiosos se ubican entre las 5 primeras causas de muerte.

Añadió que las cifras indicadas son relevantes y probablemente estos números pueden estar subestimados el día de hoy.

Explicó que la tasa de suicidio en la población general, llegó a un máximo de 12,9 por 100.000 habitantes el año 2008; las últimas cifras, correspondientes al año 2015, son de 10,2 por 100.000 habitantes; si bien siguen siendo altas, están bajo el promedio de los países de la OCDE.

En adolescentes entre 10 y 14 años la tasa de suicidios subió de 1 a 1,7 entre el 2000 y el 2015. 2,2% de la población vive en situación de discapacidad mental. 7,1% de las personas de 60 años y más presenta deterioro cognitivo o demencia. El 50% de los cuidadores de enfermos mentales presenta síntomas depresivos y el 21% manifiesta depresión.

El 20% de cobertura de población potencialmente enferma está bajo control por salud mental.

Recalcó que el derecho a vivir en la comunidad es un tema importante.

El objetivo del Plan Nacional de Salud Mental 2017 - 2025 es contribuir a mejorar la salud mental de las personas, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, atención garantizada e inclusión social, en el marco de un modelo de salud integral caracterizado por el enfoque familiar y comunitario.

Los puntos destacables del programa, son los que ilustra el cuadro que se inserta a continuación:

Valores	Principios
Respeto y promoción de Derechos Humanos	Concepción del ser humano como un ser integral
	Promoción de la ciudadanía
	Participación e inclusión social
	Igualdad jurídica
	Autonomía y autodeterminación
	Calidad de la atención
La persona como un ser integral e indivisible física y mentalmente	Indivisibilidad de la salud mental y la salud general
	Integralidad de la atención
	Servicios de salud mental integrados a la red general de salud
	Atención de salud mental centrada en la persona, su familia o red de apoyo
	Continuidad de apoyos y cuidados
	Atención basada en la comunidad
Equidad	Accesibilidad
	Pertinencia
	Cobertura universal
	Intersectorialidad

Las líneas de acción del Plan Nacional de Salud Mental, focalizado en los trastornos más severos, son las siguientes:

1. Regulación y Derechos Humanos
2. Provisión de Servicios de Salud Mental
3. Financiación
4. Gestión de la calidad, sistemas de Información e Investigación
5. Recursos Humanos y Formación
6. Participación
7. Intersectorialidad

Los objetivos de la regulación en el plano de los derechos humanos son definir disposiciones sobre protección de la salud mental de la población y sobre el respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales, asegurar una adecuada atención sanitaria de quienes los padecen, aumentar el grado de conciencia de las personas sobre sus derechos en materias de salud mental y definir mecanismos para hacerlos exigibles. La hospitalización y la esterilización involuntarias y otras acciones que vulneran los derechos humanos de los pacientes deberán abordarse en la Ley de Salud Mental.

Refiriéndose a la provisión de servicios, la señora Subsecretaria concedió que existen brechas que es necesario cubrir, tanto en atención primaria como en hospitalaria; sobre todo, recalcó, se requiere un esfuerzo especial para sacar a las personas de las instituciones, tanto del mundo formal como del informal. Comentó que esto último es un eje claramente comunitario.

A continuación, la señora Subsecretaria se refirió al financiamiento, reconociendo que existe un déficit importante, razón por la cual consideró imprescindible desarrollar un plan de soporte financiero sustentable y capaz de proveer una cantidad de equipos y recursos que permitan realizar acciones efectivas y llevar a la práctica modificaciones organizacionales definidas en el Plan Nacional de Salud, en el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental.

Detalló que el foco del financiamiento no está en la atención comunitaria, por tanto, se debe cambiar la mirada, para hacer prevención y ofrecer tratamientos en el nivel de atención primaria. El financiamiento debe ser proporcional al nivel de carga de la enfermedad y a los requerimientos en prevención primaria, secundaria y terciaria. La asignación de recursos en los próximos años debería llegar al 6% del presupuesto de salud, del que en la actualidad sólo se destina un 2,3%, aclaró.

Es necesaria una asignación de los recursos que permitan aplicar en los servicios el modelo comunitario y el pago de prestaciones pertinentes a dicho modelo, superando la actual concentración en prestaciones biomédicas.

Enfatizó la importancia de señalar los avances en gestión de calidad y en sistemas de información e investigación. Se debe propender a definir objetivos y estrategias que faciliten, en primer lugar, implementar un sistema de evaluación y mejora continua de la calidad, como parte de la cultura organizacional de los servicios; en segundo lugar, mejorar y potenciar la información continua que se genera de manera rutinaria a través de registros y otros sistemas de monitoreo, y en tercer lugar, fomentar y coordinar la investigación con el desarrollo de políticas públicas.

Para ello, lo fundamental es contar con: registros y monitoreo pertinentes al modelo comunitario; efectuar investigación para evaluarlo y perfeccionarlo, y mejorar la respuesta a los requerimientos de salud mental, con procesos de calidad pertinentes al modelo.

Respecto a la dotación de recursos humanos y su capacitación, manifestó que existe un déficit, principalmente a nivel de las regiones. El objetivo es implementar estrategias para aumentar la dotación en los niveles clínicos asistenciales, mejorar las condiciones laborales de quienes trabajan en salud mental, de modo de incrementar su positiva contribución a la salud mental de la población y al incremento creciente de competencias, que impacten en la calidad de vida de las personas, así como también en la calidad de los tratamientos.

Es preciso contar, a nivel de comunidad, con personal suficiente, pertinente y estable, que conforme equipos interdisciplinarios, de manera de integrar a la familia.

Se debe incentivar el desarrollo de polos formativos pertinentes y con inserción territorial. Hoy a nivel de las regiones, como en otras especialidades y programas, los profesionales en este tema se forman en Santiago y luego se quedan en la capital, por lo cual se requiere promover focos de desarrollo a nivel regional y generar incentivos para contar allí con profesionales y especialistas.

Se refirió también la señora Subsecretaria a la importancia de la participación ciudadana, destacando que el apoyo a todo nivel, tanto en los procesos de tratamiento, de gestión de la comunidad como de las políticas públicas es fundamental.

En ese contexto, el objetivo es desarrollar espacios efectivos de participación de la sociedad civil y la comunidad, en los niveles ejecutor, consultivo y decisor, sobre políticas, planes, programas e intervenciones de salud mental, con especial énfasis en el rol de los familiares.

En resumen, precisó que hacer posible y exigible el plan es una tarea que va más allá del sector salud y requiere un nivel de compromiso de la sociedad en su conjunto, con un enfoque de derechos como gran motor de cambio. Resulta fundamental, para desarrollar un programa ambicioso como el planteado y lograr sus objetivos, contar con la acción de todos los actores involucrados.

Finalmente, consideró fundamental en este desafío la presencia de los Ministerios de Educación, Desarrollo Social, Vivienda e Interior, para poder desarrollar políticas intersectoriales y conseguir un resultado positivo.

En definitiva, se debe generar estrategias colaborativas entre el sector salud, otras esferas del Estado y la sociedad civil, para abordar temáticas comunes en el ámbito de la salud mental, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas, fomentar factores protectores, detectar tempranamente factores de riesgo y promover la inclusión social de las personas que presentan situación de discapacidad asociada a problemas o trastornos mentales.

A continuación, explicó las iniciativas 2018 - 2022, e indicó que el programa de gobierno incluye algunas iniciativas específicas, como las que se menciona a continuación:

Plan Nacional de Alcohol y Drogas supone el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria a nivel regional, no sólo en materia de recursos humanos, sino también en su capacitación y en la provisión de infraestructura.

La Política Nacional de Salud Mental Infantil se focaliza en la atención de niños que sufren vulneración de derechos o son infractores de ley; en la promoción de espacios libres de violencia en el ambiente escolar y en el programa de prevención de suicidio adolescente.

En relación con el adulto mayor mencionó el programa conocido como AUGE mayor<sup>7</sup>.

Concluyó afirmando que el Plan Nacional de Salud Mental cubre todo el ciclo de vida, desde la infancia, la etapa de adolescencia y la condición de adulto mayor.

**El asesor legislativo del Ministerio de Salud, señor Jaime González**, agregó que el Ejecutivo está examinando la posibilidad de realizar ciertas modificaciones al proyecto, pues hay elementos que parece razonable revisar.

El primero de ellos es que una ley marco de salud mental, desde el punto de vista jurídico y legal, no se puede circunscribir solamente a enfermedades o patologías que tengan que ver con el uso y abuso de alcohol o drogas.

En segundo término, porque algunas de las facultades de las indicaciones formuladas por el gobierno anterior, requieren costos financieros que es necesario convenir con la Dirección de Presupuestos, en la medida que se verifique su pertinencia.

---

<sup>7</sup> [http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CARTILLA\\_ADULTO-MAYOR\\_2016.06.06\\_imprimir-02.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CARTILLA_ADULTO-MAYOR_2016.06.06_imprimir-02.pdf)

Planteó además que es necesario revisar algunas definiciones que forman parte del texto aprobado por la Cámara de Diputados.

**El Honorable Senador señor Chahuán** estimó que la prevención y tratamiento en materia de salud mental son materias prioritarias, lo cual implica destinar también los recursos necesarios. Por lo mismo, llamó a concentrar la mirada EN los grupos que hoy tienen un mayor déficit de horas psiquiátricas de atención.

Señaló que es igualmente relevante incorporar políticas de alcohol y drogas.

Puso énfasis en el aumento exponencial que es previsible en los próximos años, de enfermedades propias de los adultos mayores, como la demencia senil, el Alzheimer y otras, que aumentarán progresivamente.

A continuación, se refirió al Plan de Salud Mental que dio a conocer la señora Subsecretaria. Consideró que está desarrollado en la línea correcta; sin embargo, reparó en la falta de recursos económicos, lo cual no se puede seguir repitiendo.

**El Honorable Senador señor Quinteros** se mostró partidario de incorporar en el proyecto lo pertinente a personas con dependencia de alcohol y drogas, posibilitándoles el acceso a los procedimientos de desintoxicación y rehabilitación.

Coincidió con la preocupación manifestada por la falta de especialistas en el área de la salud mental, así como por la precariedad laboral que afecta mayoritariamente al personal del sector público.

Consultó por el número de especialistas en psiquiatría infantil existente en el país y por las políticas del Gobierno para avanzar en el tema de las dificultades que deben enfrentar las familias de personas con enfermedades mentales. Sobre este punto, consultó de qué manera este proyecto de ley regula el reconocimiento de los derechos de los familiares que sufren consecuencias en su propia salud, como resultado de las patologías del paciente.

Luego, hizo presente un tema de suma relevancia que se presenta en los colegios de nuestro país: se trata de la gran cantidad de niños que son medicados, fenómeno que presenta uno de los porcentajes más altos del mundo. Si se suma el consumo de alcohol y drogas, se genera un problema sanitario de proporciones.

**La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe** explicó que como psiquiatra tiene cabal noción de que la

psiquiatría es el pariente pobre de todas las áreas de la medicina, en distintos aspectos. Con todo, declaró que esa circunstancia es entendible, dada la escasez de recursos en salud. Por ejemplo, señaló, si se enfrenta una alternativa de inversión, lo habitual es privilegiar la compra de un respirador para una UCI infantil, en lugar de financiar el gasto que requiere generar las condiciones para la rehabilitación de un paciente con una patología mental crónica.

Luego, hizo referencia a la situación de los niños de madres drogadictas. Explicó que esos niños recién nacidos no están codificados por el sistema de salud, por tanto, no pueden acceder a tratamientos para paliar los síndromes de abstinencia y de privación con que nacen. En cambio, los adolescentes menores de 18 años son considerados consumidores y pueden acceder a tratamientos específicos. A su vez, los mayores de 18 años son tratados por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

Al no considerar a los recién nacidos como consumidores, no son tratados adecuadamente y finalmente tienen problemas en el desarrollo psicomotor. Esta es una la situación absolutamente invisibilizada, afirmó Su Señoría.

**El Honorable Senador señor Girardi** manifestó no tener dudas de la subvaloración de la salud mental y de la incidencia e importancia que ella tiene en la calidad de vida de las personas.

Estimó que los trastornos de salud mental afectan la vida en mayor grado que enfermedades como la hipertensión o la diabetes. Se trata de patologías complejas, con alta prevalencia de sus distintas expresiones, que afectan la cosmovisión y la ecología de los seres humanos, en todos los aspectos. Puso de relieve la dificultad de enfrentar esta realidad, habida cuenta de que la salud mental ha sido la gran olvidada durante muchas décadas.

En primer lugar, como en toda política, se debiera poner énfasis en la prevención, que requiere la intervención de múltiples disciplinas. En todo tratamiento la educación y las relaciones familiares son fundamentales. Consideró que los malos modelos de convivencia que algunos padres establecen en la familia, mediante la descalificación de alguno de sus miembros, por ejemplo, son el punto inicial de la violencia. Más tarde, los niños reproducen con sus pares el modelo de convivencia que aprenden y, llegados a la adultez, hacen lo mismo con sus propias familias.

UNICEF ha indicado que en Chile un alto porcentaje de niños presenta maltrato físico y psicológico; sin embargo, los padres niegan esa situación.

Por otra parte, indicó el Senador, también inciden los problemas generados por las desigualdades que se manifiestan en

nuestra sociedad, lo que evidentemente afecta la vida de las personas respecto de todas las disfunciones, particularmente la relacionada con la droga.

Debe abordado formularse una política integral que incluya la prevención y esté localizada en la atención primaria, que es el espacio donde se debe enfrentar estos problemas y generar los cambios requeridos. Es indispensable contar en la atención primaria, además del psiquiatra, con un equipo multidisciplinario con formación y capacidades en el ámbito de la salud mental; así se evitarían muchos males sociales que abarcan aspectos más globales que la salud. Declaró que, por lo general, los médicos jóvenes no están capacitados para enfrentar problemas de salud mental.

Se refirió también al problema del consumo de drogas y aseveró que Chile carece de una política que contemple además la rehabilitación. Comentó que una de las experiencias más destacadas en materia de rehabilitación ha tenido lugar en Portugal, bajo la conducción del doctor Joao Goulao; es la única política que ha tenido impacto en cuanto a disminuir el consumo de droga.

Observó que hacerse cargo de la salud mental tal vez sea el mayor de los desafíos que enfrenta la salud pública en Chile, junto con las enfermedades mal llamadas crónicas no transmisibles.

Sostuvo que para implementar con éxito las políticas que se definan debe haber una adecuada asignación de recursos y llamó al Ejecutivo a ser claro en este ámbito.

**La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe**, expuso que una de las características que presentan algunas de estas patologías consiste en la falta de conciencia de la enfermedad. Las personas afectadas no acuden al médico, porque se sienten sanos, y por tanto no reciben tratamiento.

El contenido normativo de la ley de deberes y derechos del paciente hace complejo hospitalizar a personas con conductas agresivas. Hay una incongruencia, por ejemplo, en el caso de pacientes psicóticos, que uno de los síntomas que presentan es la falta de conciencia de la enfermedad. Ello genera una complicación severa para proporcionar el tratamiento, sobre todo cuando se requiere su hospitalización porque presentan cuadros violentos.

-----

La Comisión escuchó a varios especialistas en salud mental, cuyas intervenciones se consignan de modo sucinto a continuación. Los documentos completos de sus exposiciones pueden ser

consultados en el sitio web del Senado, vinculados a la ficha de tramitación de este proyecto de ley.

**El psicólogo y académico de la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, señor Javier Morán**, expuso acerca de su investigación en salud mental, relacionada con niños y adolescentes.

Al analizar el proyecto de ley, destacó que el artículo 5 expresa la necesidad de contar con personal en salud debidamente capacitado y acreditado.

Planteó que las prácticas de salud mental de los especialistas, se deben basar en la mejor evidencia posible. La experiencia enseña que esta obligación ética y práctica recae sobre los médicos. Explicó que los programas de formación de posgrado que se ofrecen hoy son causa de que los profesionales intervengan a partir de los recursos disponibles y apliquen enfoques coincidentes con sus preferencias, en lugar de aquellos que comprobadamente funcionan como evidencia para la intervención.

Observó que el artículo 9 menciona que la hospitalización se justifica sólo si resulta ser la mejor opción en términos de los aportes y beneficios terapéuticos, comparada con las demás intervenciones posibles. En este punto incide la carencia de recursos en salud, manifestó el profesor. Explicó que las situaciones de corta estadía hospitalaria suelen alargarse por la inexistencia de espacios adecuados para derivar a los pacientes. Lo anterior tiene directa relación con lo indicado en el artículo 10, que señala que la hospitalización no debe resolver problemas sociales o de vivienda.

Respecto del inciso tercero del artículo 18, que trata sobre la evaluación de la calidad de los formadores, consultó si dice relación con la formación de los profesionales y sobre su incidencia en la definición de los currículos académicos. Comentó que, tal como está redactado, no plantea directamente la necesidad de modificar la formación académica.

Refiriéndose a las estrategias de aislamiento, precisó que el trabajo realizado y la evidencia de intervenciones en el caso de niños y adolescentes, dan cuenta de que el aislamiento como estrategia tiende a ser iatrogénico<sup>8</sup>, por lo cual recomendó considerar otro tipo de intervenciones para ese grupo de pacientes.

---

<sup>8</sup> Hay dos vertientes en la definición del vocablo iatrogenia: aquella en la que el concepto engloba los daños que surgen inevitablemente del ejercicio correcto de la medicina y otra en la cual se equiparan a la mala práctica médica, puesto que determinan qué es un delito de culpa o qué puede surgir de la impericia, negligencia, impericia o falta de reflexión. Fuente: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/con153f.pdf>.

Propuso que la necesidad de protocolizar este tipo de prácticas quede explícita en la ley, por tratarse de un tema muy sensible. Para ejemplificar lo anterior, comentó que en la prevención de violencia en los colegios la experiencia ha demostrado que la obligatoriedad de contar con protocolos ha sido un elemento primordial para el logro de los objetivos.

Otro punto a tratar es la intersectorialidad y la capacidad de una ley de salud mental para producir efectos sobre instituciones que no necesariamente están supervisadas por Ministerio de Salud, como los programas de protección del Servicio Nacional de Menores.

A continuación, **el psicólogo y académico Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso, señor Carlos Clavijo**, advirtió que la definición de enfermedad o trastorno mental que emplea el artículo 2 del proyecto de ley le parece vaga, en cuanto alude a que se trataría de una condición mórbida “que sobreviene”. Explicó que los problemas de salud mental no sobrevienen de manera espontánea, sino que suelen ser secuelas secundarias de condiciones de vida, de marginación y violencia.

En segundo término, indicó que legislar sobre salud mental es particularmente importante y necesario, toda vez que la Organización Mundial de la Salud considera a Chile como uno de los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades mentales, las que afectan al 23,2% de la población. Trastornos de ansiedad, depresión, alcoholismo y agresiones ocupan los primeros lugares entre las patologías que afectan a la población adulta, configurando los cuatro problemas más importantes de salud mental en Chile.

Según la literatura especializada, la pobreza, bajos niveles sociales y logros educacionales disminuidos son, en gran medida, consecuencias de la falta de tratamiento oportuno de algunas enfermedades mentales. Añadió que un tratamiento insuficiente o tardío puede deteriorar el funcionamiento familiar, generar altas tasas de embarazo adolescente e incrementar la violencia intrafamiliar. Por otro lado, los trastornos psiquiátricos sin duda tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida, incrementando las tasas de mortalidad, especialmente las de suicidio.

De la lectura de la propuesta de ley, destacó el avance en la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental, con especial acento de la protección de los derechos relacionados con la internación psiquiátrica involuntaria.

Sin embargo, dos áreas clave de la salud mental no son abordadas con la misma atención. La primera dice relación con el financiamiento de la salud mental y la segunda, con la prevención en salud mental.

El financiamiento no es trivial. Nuestro país invierte sólo el 2,78% del presupuesto de salud, en salud mental, lo que contrasta, por ejemplo, con el caso de Canadá, que invierte el 6,2%.

Observó que el proyecto de ley contempla una serie de medidas orientadas a mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud mental y al reconocimiento de derechos básicos de las personas con enfermedad mental. Esta mirada contrasta con la manera como las Instituciones de Salud Previsional financian servicios en esta área, restringiendo severamente el gasto; por su parte, el limitado conjunto de garantías explícitas en salud margina de la atención en el sector público a quienes padecen, por ejemplo, trastornos de personalidad.

Asimismo, la propuesta de ley declara que el Estado promoverá la atención en salud mental interdisciplinaria, con personal debidamente capacitado y acreditado por la autoridad sanitaria, pero no menciona los mecanismos y recursos para proveer dicha capacitación y acreditación.

También se alude al reforzamiento de los lazos sociales de los pacientes, dando por sentado que las unidades que otorgarán estos tratamientos, preferentemente ambulatorios, cuentan con el espacio para trabajo grupal, trabajo familiar y multifamiliar, lo que es francamente escaso en el nivel secundario y prácticamente inexistente en el primario.

El proyecto de ley establece, asimismo, que se proporcionará un tratamiento en base a la mejor evidencia científica disponible. Al respecto, tanto Organización Mundial de la Salud como el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos consideran que en materia de tratamiento de las enfermedades mentales la mejor evidencia es la local, que recoge las particularidades culturales de la población a la que se dirigen esos tratamientos. Justamente en esto consiste el enfoque biopsicosocial que se menciona en el artículo 18 del proyecto de ley.

Desafortunadamente el gasto en investigación científica en nuestro país es inferior al 1% del Producto Interno Bruto, uno de los más bajos de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. La falta de investigación local debido a la carencia de financiamiento, sumada a las dificultades de los profesionales para acceder al conocimiento de primera línea, como las publicaciones internacionales, por su costo y por barreras idiomáticas, constituyen un problema central para el desarrollo de una política de salud mental robusta, sustentable y basada en evidencia.

A continuación, aludió a la segunda área que aparece ausente, cual es, la prevención de enfermedades mentales. En la propuesta el concepto prevención sólo se menciona en el artículo 26, en relación con evitar el uso de contención física ante comportamientos agresivos o perturbadores. Resaltó la existencia de profusa evidencia que

concluye que es posible prevenir el desarrollo de enfermedades mentales, especialmente los trastornos de ansiedad, depresión, alcoholismo y las agresiones.

Los trastornos mencionados, están asociados a estilos de vida, experiencias de maltrato y abuso, que son modificables. Por ejemplo, la exposición de los niños a violencia intrafamiliar así como su maltrato directo, tienen consecuencias en su salud mental durante toda su trayectoria de desarrollo y hasta la vida adulta. Las manifestaciones de problemas de salud mental en la adultez contribuirán a la transmisión intergeneracional de problemas de salud mental por vías no biológicas, como son las relaciones de apego y los patrones relacionales familiares y de género.

En conclusión, estimó necesario situar el problema de la prevención en un lugar privilegiado dentro de las acciones en salud mental. La evidencia muestra que la mejor forma de abordar los problemas de salud mental en el mediano y largo plazo es prevenir su incidencia.

**La psicóloga y docente de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, señora Marcela González,** se refirió a la reducción de 6 a 5 años de la malla curricular de formación de los psicólogos y a cómo ello ha incidido en consecuencias para la formación clínica, pues ha implicado que los estudiantes terminen su formación de pregrado con menos habilidades clínicas que antes y requieran seguir formándose en programas de post título y post grado.

Al mismo tiempo, el bajo presupuesto asignado a la salud mental en el país redundó en una precaria oferta de trabajo para los profesionales y técnicos de la salud mental, más inadecuada y contradictoria aún, si se toma en cuenta el nivel de responsabilidad y formación que se les exige.

De lo planteado resulta un círculo vicioso, pues dados los bajos salarios ofrecidos los profesionales dispuestos a trabajar en los programas públicos o municipales de salud mental son cada vez más jóvenes e inexpertos, muchas veces recién titulados, sin formación específica, sin experiencia profesional, y finalmente resultan abrumados por demandas que no pueden resolver.

Sumado a ello, advirtió que resulta preocupante la cantidad de tiempo que los programas de trabajo administrativo, como el ingreso de fichas y otros, demandan a los profesionales, en desmedro de la atención debida a las personas, lo que genera un estrés adicional en los trabajadores.

Otro motivo de preocupación, que se mencionó en el informe sobre el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2018-2025,

es la necesidad de reflexionar críticamente respecto del deterioro de los lazos sociales y la fragilidad de las redes de apoyo, como elementos relevantes en el diagnóstico, y la importancia de integrar a la ciudadanía en una lógica de “acción comunitaria”. Lo anterior implica entender la salud mental en el contexto de una sociabilidad afectada por el modelo de desarrollo socioeconómico implementado en Chile.

Por una parte, urge un cambio de mentalidad, tanto de los usuarios, que deben convencerse de la necesidad de su empoderamiento y participación, como de los equipos tratantes, que deben replantearse su rol de “expertos aislados” y avanzar hacia la interdisciplinariedad; para esto es necesario “des biomedicalizar” las intervenciones, lo que representa un salto cualitativo, social y político, que parece desarticulado de la situación de aislamiento, inequidad y pobreza multifocalizada de la población más vulnerable.

Por otra parte, aseguró, es necesario abordar el debilitamiento en nuestro país del sentido de “lo colectivo”, que se viene dando hace décadas, en consonancia con los modelos neoliberales que nos rigen. En efecto, el sentido de “lo comunitario” aparece tensionado por las características de las sociedades actuales, pues el sistema social estructurante tiende a demandar “autonomía”, “resiliencia”, y otros conceptos que ponen el foco en la individualidad y no en los esfuerzos colectivos ni en la corresponsabilidad en el bienestar común.

Respecto del proyecto de ley, consideró que es pertinente y que se debe ampliar el resguardo de los derechos de las personas, en especial de niños y adolescentes.

Observó que el artículo 3 del proyecto de ley reconoce el derecho básico de las personas a la igualdad, participación, libertad y autonomía, y formuló dos comentarios al respecto:

- además del indiscutible derecho a la igualdad y a la no discriminación, hay que hacer hincapié en el derecho de las personas a ser respetadas en su singularidad, en su diferencia; vale decir, que homologar sus derechos a los de cualquier ser humano no implique su homologación en otros ámbitos de la experiencia humana.

- las personas no pueden ser definidas por su discapacidad o enfermedad, también tienen otras capacidades que pueden aportar al grupo familiar o comunitario al que pertenecen. No se trata sólo de garantizar derechos a la persona enferma o discapacitada, sino de considerar también su aporte a lo social.

Respecto del artículo 5, valoró la inclusión de lo interdisciplinario en el abordaje de los problemas de salud mental, así como la importancia del fomento de los lazos sociales, la inclusión y la participación en la vida social, como factores protectores de la salud mental.

Destacó el artículo 6, que previene contra el uso indebido del poder de los profesionales de la salud mental, para diagnosticar como enfermedad mental o discapacidad psíquica el encubrimiento de cuestiones ideológicas, prejuicios clasistas, racistas, sexistas, homofóbicos, etc.

Por otro lado, el artículo citado previene contra la “cronificación” de un diagnóstico. Es necesario evitar que personas que en algún momento tuvieron un episodio complejo de índole psíquica o psiquiátrica carguen toda su vida con el diagnóstico, lo que resulta especialmente preocupante tratándose de niños y adolescentes.

Se refirió a la indicación del Ejecutivo que incursiona en la situación de personas que no pueden expresar su voluntad, lo que no puede implicar la pérdida de sus derechos, vale decir, esos derechos deben estar por encima de cualquier condición psíquica; la voluntad corresponde a otro nivel, afirmó. Se confunde el plano del derecho (inalienable, irrenunciable), con el ámbito de la expresión de la voluntad, que variaría de persona a persona.

El artículo 17 tiene que ver con el secreto profesional y permite a los equipos de salud revelar, ajustándose a los parámetros allí consignados, sobre cuando sospechan o advierten que un paciente está sometido a tratamientos indignos o inhumanos. Sugirió mantener de todos modos este artículo, considerando que es fundamental la responsabilidad de los equipos de salud en orden a velar por la correcta implementación de una política de salud mental, evitando que el secreto profesional se preste para encubrir transgresiones éticas.

Con todo, sugirió modificar la redacción del artículo, en la parte que enuncia que el funcionario “no será objeto de represalias”, que juzgó inadecuada. Propuso la siguiente redacción: “Cualquier situación de presión a un funcionario que encubra un trato indigno a un paciente, será causal de apertura de sumario”. De esta forma, la sanción cae sobre el que permite o encubre el maltrato.

Estimó pertinente que todo niño tenga derecho a recibir información sobre su enfermedad y sobre la forma en que se realizará el tratamiento y a expresar su conformidad con el mismo, información que se proporcionará de acuerdo a su edad, nivel de desarrollo, etc., como se dispone en el artículo 22. Sin embargo, destacó la importancia de la formación y la sensibilidad de la persona encargada de dar esa información al niño, considerando la forma en que será expresada e intentando anticipar cómo va a ser leída por el destinatario, de acuerdo a su edad, estado afectivo y situación personal.

**El Honorable Senador señor Chahuán**, solicitó aclarar o entregar antecedentes adicionales sobre algunos diagnósticos no

cubiertos por el sistema público de salud, explicando los motivos de la falta de cobertura y aportando alternativas de solución. Consideró grave que un trastorno de la personalidad, por ejemplo, no sea tratado.

Coincidió con la importancia de estandarizar y establecer elementos mínimos necesarios mediante los correspondientes protocolos, en materia de atención psicológica, más allá del reconocimiento de la diversidad de las personas y de los potenciales de cada una de ellas.

Destacó lo planteado respecto de la institucionalización de personas que sufren trastornos psiquiátricos y del frecuente abandono de ellos en los establecimientos de salud. Argumentó que el Estado debe hacerse cargo de la situación dramática en que se encuentran cientos de personas, particularmente de aquellas que están entregadas a su cuidado.

Solicitó se oficie al Ministerio de Salud para que entregue un catastro de disponibilidad actual de camas clínicas destinadas a pacientes con enfermedades mentales y del número de esos pacientes que se encuentran hospitalizados. La Comisión así lo acordó.

Señaló que el proyecto de ley puede abarcar los problemas derivados de adicciones al alcohol y a las drogas, materia en que no existen recursos destinados a la rehabilitación de quienes las sufren.

**El Honorable Senador señor Letelier**, agradeció a los expositores el trabajo que realizan cotidianamente en un área subvalorada en el país, lo que se refleja en el presupuesto del Ministerio de Salud.

Puntualizó que sustancias como la pasta base producen una pérdida de la voluntad; sin embargo, actualmente muchos psiquiatras estiman que ese efecto no se da y no prescriben la internación no voluntaria. En consecuencia, las personas adictas a la pasta base para acceder a algún tipo de tratamiento deben terminar presos.

**La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe** ratificó que son pocas las camas destinadas a pacientes con enfermedades mentales, sin embargo, estimó que la desintoxicación no constituye el mayor de los problemas en caso de adicción a drogas, sino que por mucho lo más complejo es la rehabilitación, por la carencia de lugares idóneos para llevarla a cabo.

Los expositores plantean la necesidad de considerar una rehabilitación con alguna participación comunitaria, pues al abstraer a una persona de su entorno se la rehabilita en un ambiente aislado; pero más tarde volverá a compartir con sus amigos y su red social, en el mismo ambiente que lo llevó a la adicción, y lo más probable es la recaída.

Refiriéndose a la manifestación de voluntad del adicto para seguir un tratamiento, observó que existen modelos que funcionan mejor que otros, pero el índice de éxito en la rehabilitación no es tan alto y es por ello que muchos psiquiatras plantean la necesidad de expresar consentimiento para iniciar el tratamiento. La persona tiene que querer salir del estado de adicción en que se encuentra.

En los casos de psicosis, los pacientes no tienen conciencia de enfermedad y, por tanto, no querrán bajo ninguna circunstancia tratarse, porque consideran que están sanos; en estos casos hay ausencia de voluntad.

Destacó el tema de la prevención porque efectivamente ésta se entiende como obvia en otras áreas de la medicina y estimó que en la de salud mental sería muy importante observar, por ejemplo, los índices de violencia sufrida por niños de madres adolescentes, que son más elevados que la ejercida por madres adultas. Si es posible obtener datos y cifras como las descritas, que den pistas de los problemas más frecuentes que inciden en la salud mental, se pueden generar programas de prevención, que además resultan menos costosos.

**El Honorable Senador señor Quinteros**, solicitó a la Biblioteca del Congreso Nacional, la preparación de un documento que contenga legislación comparada en materia de salud mental<sup>9</sup>.

**La Honorable Senadora señora Goic** reparó en la reiteración por parte de los expositores de la necesidad de contar con mayor financiamiento. Señaló compartir esa aspiración, así como la necesidad de elevar la condición de la salud mental en nuestras políticas públicas.

Recordó que hay aspectos en que se presentan ciertas limitaciones y en relación con los cuales los parlamentarios carecen de iniciativa para incrementar el gasto público. Lo que se propone en este proyecto de ley es la creación de un marco legal más desarrollado, que permita elevar el rango de la salud mental y ofrezca garantías específicas a las personas que sufren enfermedad mentales o discapacidades.

**La psicóloga señora Marcela González** agradeció las expresiones vertidas a propósito del ejercicio de la voluntad y de la incorporación de los trastornos de vida por consumo de sustancias, lo cual ha permitido clarificar el escenario.

---

<sup>9</sup> El documento solicitado fue elaborado por la Biblioteca del Congreso Nacional y se encuentra disponible en la página web del Senado: [www.senado.cl](http://www.senado.cl), vinculado a la ficha de tramitación de este proyecto.

Realizó el consenso que se manifiesta en el seno de la Comisión en orden a considerar que la salud mental constituye un elemento fundamental de las personas, sus familias y la sociedad.

Manifestó su preocupación por las consecuencias derivadas de ocuparse de los pacientes en la etapa tardía de su enfermedad. Cuando las personas están en un nivel de angustia y no se ha podido detener sus síntomas, la ayuda que se puede ofrecer en esa etapa es prácticamente nula, sin impacto de cambio real.

Informó que Chile es el segundo país, después de Corea del Sur, con mayor índice de suicidio adolescente y exhibe una alta tasa de maltrato de niños. Por ello llamó a incluir en una política pública programas y acciones de promoción y de prevención en salud mental.

**El psicólogo Carlos Clavijo** abordó dos temas planteados por el Senador señor Chahuán.

El primero de ellos es la exclusión de algunas patologías de salud mental de las Garantías Explícitas en Salud, lo que es consecuencia fundamentalmente de la falta de recursos.

En particular, agregó, el trastorno de personalidad es una patología que requiere de una formación muy específica y onerosa, además de un programa de tratamiento igualmente costoso y extenso. En la práctica, las personas con trastorno de personalidad sólo pueden acceder a un hospital en horario diurno, y además el establecimiento debe contar con un profesional técnicamente preparado para aplicar los protocolos de tratamiento.

A propósito de la preparación técnica, relacionada con la voluntad del paciente para iniciar un tratamiento de salud mental, precisó que la evidencia muestra que es factible negociar una relación con aquellos que no quieren participar de un proceso de intervención.

Expresó que hay investigaciones que indican que el proceso supone negociar el “sentido del cambio” para aquellas personas que van a iniciar un tratamiento de esta naturaleza. Lo primero que deben entender es que están viviendo un problema, ya que de lo contrario se hace muy difícil avanzar para resolverlo. La técnica consiste en construir una relación con el paciente que facilite observar la dificultad como un problema real, que debe ser abordado.

Finalmente, criticó el modo de administrar la salud primaria, particularmente la municipal, que vincula la disposición de recursos presupuestarios con el número de personas atendidas por día. Hacer un trabajo comunitario y preventivo en salud mental supone postergar la atención de otras personas y, por tanto, disminuir los recursos para el centro de atención familiar al año siguiente, razón por la cual los profesionales y

directores no son inclinados a promover el trabajo preventivo. Estimó que debe haber un cambio en el diseño de la política distributiva de los recursos.

**El psicólogo señor Javier Morán** manifestó que le llama gratamente la atención que con motivo del debate de este proyecto se aborde el tema de la drogodependencia. Informó que una de las principales líneas de trabajo en la materia es lograr que la vida del adolescente sea incompatible con el consumo de drogas, lo que a veces supone sacarlo del contexto social, cuestión bastante difícil.

Señaló que entre otros factores que inciden en el consumo de drogas está el trastorno de la personalidad. Las situaciones traumáticas tempranas se articulan de tal forma, que en la adolescencia comienzan a aparecer.

El adolescente por definición no es un consumidor de drogas ni una persona que presenta problemas de personalidad; sino que se encuentra en un momento de su vida en que el cerebro despliega una configuración neurológica, que los médicos denominan proceso de poda neuronal, en que el cerebro se hace plástico nuevamente y se abre al medio. Cuando se aprende eso, se sabe que el cerebro en la etapa de adolescencia está altamente abierto al contexto y al riesgo, pero también al cambio, lo que invita a focalizarse en programas públicos en el trabajo con adolescentes.

**La Honorable Senadora señora Goic** comentó que asistió recientemente a una sesión del Parlamento Latinoamericano y Caribeño (PARLATINO), realizada en La Habana, Cuba. Entre los temas compartidos con parlamentarios de Uruguay estuvo la legislación sobre salud mental. Los uruguayos discutieron una, que pusieron en vigencia en 2017. Anunció que haría llegar el texto que recibió, para incorporarlo al análisis de legislación comparada<sup>10</sup>.

A continuación, **el docente de la escuela de psicología de la Universidad de Playa Ancha, señor Juan Bustamante**, manifestó que el proyecto de ley en estudio constituye un anhelo importante de las organizaciones de la sociedad civil interesadas en la defensa de los derechos de personas con diagnóstico en salud mental, discapacidad mental o psíquica, pero también para la academia y las diferentes disciplinas involucradas en esta área de trabajo.

Indicó que exponía en su calidad de académico, pero también como funcionario público de salud mental, habiéndose desempeñado en salud primaria y secundaria ambulatoria y actualmente en un programa de salud integral y derechos humanos de la Región de Valparaíso.

---

<sup>10</sup> Ver en:

[http://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=4513&tipodoc=docto\\_comision](http://www.senado.cl/appsenado/index.php?mo=tramitacion&ac=getDocto&iddocto=4513&tipodoc=docto_comision).

Desde el espacio de la educación superior, comentó, se ha seguido con gran interés el desarrollo del presente proyecto de ley, su discusión y sus propuestas. Su lectura y análisis dan cuenta de un avance importante, sin perder de vista la importancia de asignar para salud mental un presupuesto específico, coherente con una visión integral del desarrollo humano.

A continuación, manifestó sus observaciones sobre algunos puntos de la iniciativa legal.

Valoró, en primer lugar, que se proponga incorporar el padecimiento por dependencia de alcohol y sustancias psicoactivas desde una perspectiva de salud y no exclusivamente mediante una aproximación delictual o de evaluación moral de los afectados. En la clínica cotidiana se observa un incremento considerable de la dependencia de sustancias psicoactivas prescritas en un tratamiento médico, particularmente de ansiolíticos y benzodiazepinas, con el conocido y documentado riesgo que implican para el funcionamiento de la memoria y por las alteraciones anímicas que conlleva su abuso.

A su vez, enfoque biopsicosocial de la salud mental constituye un avance y actualización necesarios, así como el reconocimiento de la posibilidad de recuperación, en contraposición a la tendencia a considerar que hay diagnósticos irreversibles, enfoque que conduce a abandonar los esfuerzos por mejorar la salud mental de las personas.

Declaró que se observa una tensión entre estos contenidos y la definición que inaugura el texto, la cual señala que los trastornos mentales “sobrevienen”, expresión que, a su entender, contradice el entendimiento prevalente en la investigación y en el mundo profesional, que emplean un enfoque basado en determinantes estructurales, donde las condiciones de vida, entre otras, son fundamentales al momento de considerar el proceso de salud-enfermedad.

Por otra parte, consideró que constituye un avance el reconocimiento de la importancia de la atención interdisciplinaria. Sin embargo, agregó, es fundamental que no se limite sólo a aquellas disciplinas más tradicionales en el área de la salud mental, como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social y la enfermería. Recalcó la necesidad de incorporar profesiones como la terapia ocupacional, que ha demostrado ir en la línea de los objetivos declarados por la ley, en relación con el trabajo y la inclusión en los espacios comunitarios y ocupacionales.

Para la provisión de tratamientos efectivos y seguros es de gran importancia la capacitación de los profesionales y técnicos involucrados. Señaló que durante el período de hospitalización son los técnicos de nivel superior en enfermería quienes más tiempo pasan con los pacientes. Aún en nuestros días la capacitación parece centrarse en la

contención física, trabajo más cotidiano, pero con mayor desgastante y dificultad. Además de la aplicación de los protocolos establecidos, una capacitación que evite llegar a la contención física es fundamental.

Afirmó que existen riesgos evidentes en el trabajo en salud mental, lo que ha sido estudiado como traumatización vicaria, síndrome de desgaste laboral y riesgos padecidos por las personas que trabajan o se desempeñan en los espacios de salud mental. Por ello, es importante abordar directamente el autocuidado y las condiciones laborales, revisar los turnos extenuantes y las condiciones laborales precarias.

Se ha enfatizado la importancia de la generación de evidencia local. La mejor evidencia posible, afirmó el señor Morán, acorde a la Organización Mundial de la Salud, se obtiene a través de la sistematización e investigación de buenas prácticas y de la introducción de prácticas y tecnologías nuevas en salud mental.

A modo de ejemplo, mencionó las iniciativas implementadas en Canadá, donde los profesionales generan conocimiento a través de la sistematización de su trabajo, como reporte científico, apoyados por la instancia gubernamental con capacitación y con la dedicación de horas para esta labor.

Otro aspecto de la iniciativa legal que resaltó es el reconocimiento del derecho de familiares y usuarios a organizarse. Sin embargo, estimó que en esto no se innova, puesto que el derecho de asociarse ya es una garantía constitucionalmente aceptada. Observó que es de interés la incorporación de la participación ciudadana, de tal manera que tanto los usuarios como los familiares puedan expresarse e influir en los programas, servicios y tratamientos.

Resaltó la importancia del artículo 17, que admite la posibilidad de que los profesionales y los demás integrantes del equipo de salud, sin violar el secreto profesional, puedan denunciar situaciones que afectan a pacientes. En este sentido, los informes del Instituto Nacional de Derechos Humanos sistemáticamente han levantado una señal de alerta ante situaciones de aislamiento y castigo, y también de abuso, muchas veces difíciles de plantear por los propios pacientes, dadas las características de los tratamientos o los síntomas que experimentan durante los períodos de crisis.

Explicó que cobra relevancia precisar los instrumentos de denuncia y los mecanismos de vigilancia necesarios, procurando que no se conviertan en una disputa entre la justicia y el prestador de salud y se deje de lado al paciente y su familia.

Mencionó que un artículo de reciente publicación, en autoría conjunta con el médico psiquiatra Álvaro Cavieres, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, titulado "Internación

psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos”<sup>11</sup>, documenta el aumento global y local de las internaciones psiquiátricas involuntarias en el mundo. Agregó que la investigación incorporó la revisión de legislación y normativas chilenas e internacionales.

Observó que son avances la facultad que se otorga a la Corte de Apelaciones para intervenir en salvaguarda de los derechos fundamentales, así como la de interpelar y solicitar informes al equipo tratante, en caso de hospitalizaciones que se prolongan en el tiempo. Consideró fundamental entregar apoyo técnico a jueces, fiscales y demás funcionarios del Poder Judicial, en un tema tan complejo como la salud mental.

Destacó la importancia de las medidas alternativas a la internación psiquiátrica involuntaria, como es el tratamiento involuntario ambulatorio. Aludió a instrumentos como la declaración anticipada de voluntad, modelo implementado por países que han logrado disminuir sus indicadores de este tipo de internaciones y han alcanzado un mayor grado de cumplimiento de los estándares en derechos humanos.

**La Honorable Senadora señora Goic** expuso que los datos de suicidio en nuestro país se han publicado recientemente en la prensa. Es ineludible hacerse cargo de un problema en el cual, como país, lamentablemente lideramos a nivel mundial, con un aumento considerable de suicidio de adolescentes.

Solicitó al Ejecutivo fortalecer de la misma manera la inversión en salud mental y en la salud en general.

A modo de ejemplo, expuso, los planes de salud de las Instituciones de Salud Previsional condicionan la cantidad de consultas de psicología, no así las consultas de gastroenterología u otra especialidad. A su vez, las coberturas en salud mental son inferiores a las de otras prestaciones: aproximadamente se financia el 33%, versus el 60% de cobertura tratándose de otras patologías.

Se hace necesario analizar los tipos de enfermedades que como sociedad Chile está enfrentando, a saber, las relacionadas con el envejecimiento y las demencias; los problemas de suicidio o depresión, y las adicciones.

Concluido el debate y teniendo presente los antecedentes complementarios aportados por los expositores invitados, la Comisión aprobó la idea de legislar.

**- Puesto en votación en general el proyecto, recibió el voto conforme de la unanimidad de los miembros de la**

---

<sup>11</sup> El documento citado, se encuentra disponible en la página web del Senado: [www.senado.cl](http://www.senado.cl), vinculado a la ficha de tramitación de este proyecto.

**Comisión presentes, los Honorables Senadores señoras Goic y Van Ryselberghe y señores Girardi y Quinteros.**

-----

### **TEXTO DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN DE SALUD**

Se copia a continuación el proyecto que la Comisión somete a la discusión y votación en general por el Senado, el que está concebido en los mismos términos que el aprobado por la Cámara de Diputados en el primer trámite constitucional.

#### **PROYECTO DE LEY:**

**“DEL RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA**

#### **Título I**

#### **Disposiciones generales**

Artículo 1.- Esta ley tiene por finalidad reconocer y garantizar los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, con discapacidad intelectual o con discapacidad psíquica, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral.

El pleno goce de los derechos humanos de estas personas se garantiza en el marco de los instrumentos internacionales de derechos humanos vigentes. Estos instrumentos constituyen fuente de los derechos fundamentales que a continuación se reconocen a todas las personas con enfermedad mental, discapacidad intelectual o discapacidad psíquica.

La salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y componente del bienestar general.

Esta ley se aplicará a todos los servicios públicos o privados, cualquiera que sea la forma jurídica que tengan.

Artículo 2.- Para los efectos de esta ley se entenderá por enfermedad o trastorno mental una condición mórbida que sobreviene a una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

Persona con discapacidad intelectual o psíquica es aquella que, teniendo una o más deficiencias mentales, sea por causas psíquicas o intelectuales, de carácter temporal o permanente, al interactuar

con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

La enfermedad o la discapacidad de que trata esta ley puede ser transitoria o permanente, lo que será definido con criterios clínicos y supervisado por la autoridad competente, cuando lo requiera el paciente o su representante legal.

Para el diagnóstico de la enfermedad o de la discapacidad se debe tener presente que la salud mental está determinada por factores culturales, históricos, socio-económicos y biológicos que suponen una dinámica de construcción social esencialmente evolutiva.

Artículo 3.- En el marco de los derechos consignados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y en las demás normas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud, se reconoce como derecho básico de las personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica, el derecho a la igualdad y no discriminación, a la participación, a la libertad y autonomía personal; a la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes, y a la aplicación del principio del ambiente menos restrictivo de la libertad personal, así como los demás derechos garantizados a las personas en otros instrumentos internacionales relacionados con la materia y ratificados por Chile.

Artículo 4.- Toda persona que adolece de enfermedad mental, de discapacidad intelectual o de discapacidad psíquica tiene la plenitud de los derechos contemplados en el título II de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Cuando, conforme con el artículo 15 de la ley señalada en el inciso anterior, no se pueda otorgar el consentimiento para una determinada acción de salud, se deberá dejar siempre constancia escrita de tal circunstancia en la ficha clínica, la que también deberá ser suscrita por el director del establecimiento.

Para el ejercicio del derecho a ser informado, se deberán emplear los medios y tecnologías adecuados para su comprensión.

Artículo 5.- El Estado promoverá la atención en salud mental interdisciplinaria, con personal debidamente capacitado y acreditado por la autoridad sanitaria competente. Se incluyen las áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y demás disciplinas pertinentes.

El proceso de atención debe realizarse preferentemente de forma ambulatoria, con personal interdisciplinario, y

encaminado al reforzamiento y desarrollo de los lazos sociales, la inclusión y la participación del paciente en la vida social.

La hospitalización psiquiátrica se entiende como un recurso excepcional y transitorio.

Artículo 6.- No puede hacerse un diagnóstico de salud mental basándose exclusivamente en criterios relacionados con el grupo político, socioeconómico, cultural, racial o religioso de la persona, ni con su identidad u orientación sexual. Tampoco será determinante la hospitalización previa de dicha persona, que se encuentre o se haya encontrado en tratamiento psicológico o psiquiátrico.

## Título II

De los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, con discapacidad intelectual o psíquica

Artículo 7.- Se reconoce que la persona con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica goza de todos los derechos que la Constitución Política de la República garantiza a todas las personas. En especial, se le reconocen los siguientes derechos:

1. A ser reconocido siempre como sujeto de derecho.

2. A que se vele, especialmente, por el respeto a su derecho a la vida privada, a la libertad de comunicación y a la libertad personal.

3. A no ser sometido a tratamientos invasivos e irreversibles de carácter psiquiátrico, sin su consentimiento.

4. A que no se realice el procedimiento de esterilización como método anticonceptivo, sin su consentimiento.

Cuando la persona no pueda manifestar su voluntad o no sea posible desprender su preferencia, sólo se utilizarán métodos anticonceptivos reversibles. Con todo, excepcionalmente se podrá realizar el procedimiento de esterilización, siempre que concurren previamente todas las circunstancias siguientes:

a) Que la necesidad de realizar el procedimiento obedezca exclusivamente a indicación médica.

b) Que se cuente con el consentimiento del representante legal, si lo hubiere.

c) Que el comité de ética asistencial respectivo haya dado su opinión favorable.

d) Que la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales haya otorgado su aprobación.

5. A que la Corte de Apelaciones respectiva autorice y supervise, periódicamente, las condiciones de su hospitalización involuntaria o voluntaria prolongada, y a contar con una instancia judicial de apelación. Si en el transcurso de la hospitalización voluntaria el estado de lucidez bajo el que se dio el consentimiento se pierde, se procederá como si se tratase de una hospitalización involuntaria.

6. A recibir atención sanitaria integral y humanizada a partir del acceso igualitario y equitativo a las prestaciones necesarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud.

7. A recibir una atención ajustada a principios éticos. Los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas de atención cerrada deberán contar con un comité de ética asistencial, conforme lo dispone el artículo 20 de la ley N° 20.584.

8. A recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más efectiva y segura, y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

9. A que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.

10. A recibir contraprestación pecuniaria por su participación en actividades realizadas en el marco de las terapias, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sean comercializados.

11. A recibir educación a nivel individual y familiar sobre su enfermedad mental o su discapacidad psíquica o intelectual y sobre las formas de autocuidado, y a ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares o por quien el paciente designe.

El listado de derechos contemplado en este artículo debe ser publicado por todos los prestadores que otorguen prestaciones de salud mental, conforme a las especificaciones que el Ministerio de Salud disponga a través de una norma técnica.

Artículo 8. La prescripción y administración de medicación psiquiátrica se realizará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir la necesidad

de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática.

### Título III

#### De la naturaleza y requisitos de la hospitalización psiquiátrica

Artículo 9.- La hospitalización psiquiátrica es una medida terapéutica excepcional, que sólo se justifica si garantiza mayor aporte y beneficios terapéuticos en comparación con el resto de las intervenciones posibles dentro del entorno familiar, comunitario o social del paciente, con una visión interdisciplinaria y restringida al tiempo estrictamente necesario conforme a la práctica médica. Se promoverá el mantenimiento de vínculos y comunicación de los pacientes hospitalizados con sus familiares y su entorno social.

Artículo 10.- De ningún modo la hospitalización psiquiátrica podrá indicarse para dar solución a problemas exclusivamente sociales o de vivienda.

Ninguna persona podrá permanecer hospitalizada indefinidamente en razón de su discapacidad y condiciones sociales. Es obligación del prestador agotar todas las instancias que correspondan con la finalidad de resguardar sus derechos e integridad física y psíquica.

Artículo 11.- La hospitalización psiquiátrica involuntaria afecta el derecho a la libertad de las personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica, de modo que deberá siempre ser autorizada y revisada por la Corte de Apelaciones respectiva, de acuerdo con lo establecido en el artículo 21 de la Constitución Política de la República.

La hospitalización psiquiátrica involuntaria sólo procederá cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio y exista una situación real de riesgo cierto e inminente para el paciente o para terceros. Para que la Corte pueda autorizarla se requiere:

1. Un dictamen profesional del servicio asistencial que recomiende la hospitalización, que tenga la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, uno de los cuales siempre deberá ser un médico que cuente con las habilidades específicas requeridas. Los profesionales no podrán tener con el paciente relación de parentesco, amistad o vínculos económicos ajenos a las prestaciones de salud.

2. La inexistencia de otra alternativa menos restrictiva y eficaz para el tratamiento del paciente o la protección de terceros.

3. Un informe acerca de las instancias previas implementadas, si las hubiere. La Corte deberá notificar su resolución a la secretaría regional ministerial de salud, a la Comisión Nacional y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental a las que se refiere la ley N° 20.584.

4. Que tenga una finalidad exclusivamente terapéutica.

5. Que sea por el menor tiempo posible.

Artículo 12.- La hospitalización psiquiátrica involuntaria de urgencia, debidamente fundada por la autoridad sanitaria o por el equipo de salud tratante, debe notificarse obligatoriamente a la Corte de Apelaciones competente, a más tardar el día hábil siguiente desde que se produzca la hospitalización, dejándose constancia del cumplimiento de las garantías establecidas en el artículo 11.

La Corte, una vez notificada, en el plazo de tres días deberá:

1. Autorizar la internación si considera que se cumplen las causales previstas en esta ley.

2. Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento.

3. Denegar la hospitalización en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para autorizarla, caso en el cual deberá asegurar el alta hospitalaria de forma inmediata.

Artículo 13.- La persona hospitalizada involuntariamente, o su representante legal, tiene siempre el derecho a nombrar un abogado. Si el paciente, o su representante legal, no lo hubiere hecho, el Estado deberá proporcionarle uno desde el momento de la hospitalización. El paciente, o su abogado, podrá oponerse a ella y solicitar a la Corte de Apelaciones el alta hospitalaria en cualquier momento.

Artículo 14.- En el caso de hospitalización involuntaria, el alta o permiso de salida es una facultad del equipo de salud que no requiere autorización judicial. El equipo de salud deberá ofrecer a la persona continuar su hospitalización en forma voluntaria o bien su alta hospitalaria, apenas cese la situación de riesgo cierto e inminente para ella o para terceros. Esta situación deberá informarse a la secretaría regional ministerial de Salud, cuando corresponda, y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental.

Artículo 15.- Habiéndose autorizado la hospitalización involuntaria, la Corte de Apelaciones, en un plazo no mayor a treinta días, deberá solicitar informes a fin de reevaluar si perduran los motivos que dieron origen a la medida. En cualquier momento podrá disponer su inmediata alta hospitalaria.

Transcurridos noventa días desde el inicio de la hospitalización involuntaria, y luego del tercer informe, la Corte de Apelaciones respectiva designará un perito para una nueva evaluación.

Artículo 16.- La persona hospitalizada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma su término. Cuando la hospitalización voluntaria se prolongue por más de sesenta días, la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental y el equipo de salud a cargo deberán comunicarlo de inmediato a la Corte de Apelaciones para que ésta evalúe, en un plazo no mayor a cinco días desde que tome conocimiento, si la hospitalización sigue teniendo carácter voluntario o si ha de considerarse involuntaria. En este último caso, será necesario que se cumpla con los requisitos y garantías establecidos en el artículo 11.

Artículo 17.- Con el fin de garantizar los derechos humanos de las personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual o psíquica, los integrantes profesionales y no profesionales del equipo de salud serán responsables de informar a la secretaría regional ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental sobre cualquier sospecha de irregularidad que implique un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o una limitación indebida de su autonomía. El funcionario podrá actuar bajo reserva de identidad, no podrá ser objeto de represalias y no se considerará que ha incurrido en violación del secreto profesional. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no releva al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persiste.

Artículo 18.- El tratamiento de las personas con enfermedades o trastornos mentales o con discapacidad intelectual o psíquica se realizará con apego a estándares de atención que garanticen:

1. Que la atención de salud se realice en establecimientos acreditados de conformidad con la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

2. La certificación de las competencias de los profesionales a cargo de la salud mental y la revalidación de dichas competencias.

3. La evaluación de la calidad y pertinencia de los centros formadores de profesionales, en relación con las competencias

profesionales requeridas para tratar debidamente a los pacientes con trastornos mentales.

4. Que se proporcione a estas personas un tratamiento en base a la mejor evidencia científica disponible, a criterios de costo-efectividad y con un enfoque biopsicosocial.

5. Que las instalaciones para la atención ambulatoria y hospitalaria cumplan con la autorización sanitaria.

6. La incorporación de familiares que puedan dar asistencia especial y/o participen del tratamiento si ello es requerido por sus médicos tratantes, especialmente en el caso de los pacientes mentales menores de edad.

#### Título IV

##### Derechos de los familiares y otros cuidadores de personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual

Artículo 19.- Los familiares y las personas que cuidan y apoyan a personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual tienen derecho a recibir información general sobre las mejores maneras de ejercer la labor de cuidado, tales como contenidos psicoeducativos sobre las enfermedades mentales, la discapacidad y sus tratamientos.

Artículo 20.- Los familiares de personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual tienen derecho a organizarse para abogar por sus necesidades y las de las personas a quienes cuidan, a crear instancias comunitarias que promuevan la inclusión social, y a denunciar situaciones que resulten violatorias de los derechos humanos.

#### Título V

##### De la Inclusión Social

Artículo 21.- La articulación intersectorial del Estado deberá incluir acciones permanentes para la cabal inclusión social de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.

#### Título VI

##### Modificaciones legales

Artículo 22.- Modifícase la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, de la siguiente manera:

1. Incorpórase en el inciso primero del artículo 10, luego del punto y aparte que pasa a ser punto y seguido, la siguiente oración:

“Asimismo, todo niño tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad y la forma en que se realizará su tratamiento, adaptada a su edad, desarrollo mental y estado afectivo y psicológico.”.

2. Agréganse en el artículo 14 los siguientes incisos quinto y sexto:

“Sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de los menores de edad, todo niño tiene derecho a expresar su conformidad con los tratamientos que se le aplican y a optar entre las alternativas que éstos otorguen, según la situación lo permita, tomando en consideración su edad, madurez, desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico. En el caso de que, conforme a este artículo, se requiera contar con el consentimiento escrito, deberá dejarse constancia que el niño ha sido informado y que se le ha oído.

En el caso de una investigación científica biomédica en el ser humano y sus aplicaciones clínicas, la negativa de un niño a participar o continuar en ella deberá ser respetada.”.

3. Suprímense los artículos 23 y 24.

4. En el artículo 26:

a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 26.- El manejo de conductas perturbadoras o agresivas debe hacerse con estricta adhesión a las normas de respeto a los derechos humanos, incorporando estrategias y protocolos para evitar su ocurrencia y prevenir la aplicación de medidas de contención física, farmacológica o de observación continua en sala individual, y cuando sean necesarias, evitando tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes o que puedan llegar a constituir tortura. Quedan prohibidas las salas de aislamiento que no permitan una adecuada supervisión, confort o dignidad de la persona, con insuficiente posibilidad de observación visual y que impliquen su privación sensorial.”.

b) En el inciso segundo:

i. Intercálase, entre las palabras “por” y “el”, la frase “indicación médica, por”.

ii. Remplázase la frase “debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten” por el vocablo “evitando”.

iii. Intercálase, entre las palabras “con” y “discapacidad”, la expresión “enfermedad mental o”.

c) Sustitúyese en el inciso tercero la frase “del aislamiento o la sujeción” por “de estas medidas excepcionales”.

d) Reemplázase en el inciso cuarto la frase “de aislamiento y contención” por “excepcionales de que trata este artículo”.

e) Elimínase en el inciso quinto la frase “que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieren tener en establecimientos de salud”.

5. Suprímese el artículo 27.

6. Sustitúyese el artículo 28 por el siguiente:

“Artículo 28.- No se podrá desarrollar investigación biomédica en adultos que no son capaces física o mentalmente de expresar su consentimiento o de los que no es posible conocer su preferencia, a menos que la condición física o mental que impide otorgar el consentimiento informado o expresar su preferencia sea una característica necesaria del grupo investigado.

En estas circunstancias, además de dar cabal cumplimiento a las normas contenidas en la ley N° 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana, y en el Código Sanitario, según corresponda, el protocolo de la investigación deberá contener las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite expresar su consentimiento o manifestar su preferencia. Asimismo, se deberá contar previamente con el informe favorable de un comité ético científico acreditado y con la autorización de la secretaria regional ministerial de Salud.

En esos casos, los miembros del comité que evalúe el proyecto no podrán encontrarse vinculados directa ni indirectamente con el centro o institución en el cual se desarrollará la investigación, ni con el investigador principal o el patrocinador del mismo.

Se deberá obtener a la brevedad el consentimiento o manifestación de preferencia de la persona que haya recuperado su capacidad física o mental para otorgar dicho consentimiento o manifestación de su preferencia.

Las personas con enfermedad neurodegenerativa podrán otorgar anticipadamente su consentimiento informado para ser sujetos de ensayo en investigaciones futuras.

La investigación biomédica en personas menores de edad se regirá por lo dispuesto en la ley N° 20.120. Con todo, deberá respetarse su negativa a participar o continuar en la investigación.”.

-----

Acordado en sesiones celebradas el día 29 de mayo de 2018, con asistencia de los Honorables Senadores señores Guido Girardi Lavín (Presidente), Francisco Chahuán Chahuán, Carolina Goic Boroovic y Jacqueline Van Rysselberghe Herrera; el día 05 de junio de 2018, con asistencia de los Honorables Senadores señores Guido Girardi Lavín (Presidente), Francisco Chahuán Chahuán, Rabindranath Quinteros Lara y Jacqueline Van Rysselberghe Herrera; el día 12 de junio de 2018, con asistencia de los Honorables Senadores señores Carolina Goic Boroovic (Presidente Accidental), Francisco Chahuán Chahuán, Rabindranath Quinteros Lara y Jacqueline Van Rysselberghe Herrera, y el día 19 de junio de 2018, con asistencia de los Honorables Senadores señores Guido Girardi Lavín (Presidente), Carolina Goic Boroovic, Rabindranath Quinteros Lara y Jacqueline Van Rysselberghe Herrera.

Valparaíso, 22 de junio de 2018.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS  
Secretario de la Comisión

## RESUMEN EJECUTIVO

### INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, SOBRE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL.

(BOLETINES N<sup>OS</sup> 10.563-11 Y 10.755-11, REFUNDIDOS)

---

**I. PRINCIPAL OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:** El proyecto de ley aprobado en general por la Comisión de Salud tiene por objetivo reconocer y garantizar los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental y de quienes experimentan una discapacidad intelectual o síquica, desarrollando y complementando las normas constitucionales y legales chilenas que los consagran, así como las normas incluidas en instrumentos internacionales suscritos por Chile. También regula algunos derechos de los familiares y cuidadores de dichas personas.

**II ACUERDOS:** aprobado en general (Unanimidad 4x0).

**III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:** El proyecto se estructura en 22 artículos permanentes.

**IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** Se deja constancia de que tienen rango de ley orgánica constitucional, por referirse a atribuciones de los tribunales de justicia, el número 5 del inciso primero del artículo 7; el artículo 11; el inciso primero del artículo 12, y los artículos 13, 15 y 16; para su aprobación la Constitución Política de la República exige el voto conforme de las cuatro séptimas partes de los Senadores en ejercicio.

**V. URGENCIA:** no tiene.

**VI. ORIGEN e INICIATIVA:** se trata de dos mociones refundidas en la cámara de origen: una de los diputados señoras Cariola, Carvajal, Girardi y Hernando y señores Espinosa, Flores, Jaramillo, Meza, Robles y Torres, y otra de los diputados señoras Hernando y Rubilar y señores Alvarado, Castro, Espejo, Macaya, Monckeberg (don Nicolás), Pilowsky y Torres, respectivamente.

**VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL:** segundo trámite.

**VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS:** En la votación general, el número 5 del inciso primero del artículo 7, el artículo 11, el inciso primero del artículo 12 y los artículos 13, 15 y 16 del proyecto de ley fueron aprobados con el voto favorable de 100 diputados, y en particular el artículo 11, el inciso primero del artículo 12 y los artículos 13, 15 y 16 fueron aprobado con el voto afirmativo de 97 diputados, mientras que el número 5 del inciso primero del artículo 7 lo fue con el voto a favor de 95 diputados, en todos los casos de un total de 118 en ejercicio.

**IX. INICIO DE LA TRAMITACIÓN EN EL SENADO:** 18 de octubre de 2017.

**X. TRÁMITE REGLAMENTARIO:** primer informe; se propone a la Sala la aprobación en general.

**XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:**

- De la Constitución Política de la República, los ordinales 1°, 2°, 3°, 7°, 9° y 15° del artículo 19 y el artículo 21.

- Decreto N° 201, del Ministerio de Relaciones Exteriores, que promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.

- Del Código Sanitario, el Título V del Libro Cuarto, “De los ensayos clínicos de productos farmacéuticos y elementos de uso médico”, integrado por los artículos 111 A al 111 G, y el Libro VII, De la observación y reclusión de los enfermos mentales, de los alcohólicos y de los que presenten estado de dependencia de otras drogas y sustancias”, compuesto por los artículos 130 a 134.

- De la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, el Título II, “Derechos de las personas en su atención de salud”, conformado por los artículos 4° a 32.

- La ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

- La ley N° 19.937, que modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

- La ley N° 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana.
- La ley N° 18.600, sobre deficientes mentales.
- La ley N° 20.422, sobre inclusión de personas con discapacidad.

-----

Valparaíso, 22 de junio de 2018.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS  
Secretario de la Comisión

## ÍNDICE

Constancias	1
Normas de quórum	2
Objetivo fundamental y estructura del proyecto	3
Antecedentes de derecho	4
Antecedentes de hecho	4
Breve Descripción del Proyecto aprobado por la Cámara de Diputados	8
Discusión en general	11
Votación en general	32
Texto del proyecto aprobado	32
Resumen ejecutivo	43
Índice	46