Proyecto de ley, iniciado en Moción del Honorable Senador señor Navarro que incorpora el concepto de trastorno del desarrollo intelectual en la ley N° 18.600 que establece normas sobre deficientes mentales.

En Chile el concepto de "retraso mental" que aparecía reiteradamente en la Ley N°18.600, publicada el 19 de febrero de 1987, fue sustituido, mediante la Ley Nº19.735, publicada el 22 de junio de 2001 por el de "discapacidad mental".

Sin embargo, una década después, diferentes organizaciones internacionales de profesionales de la salud mental, así como de diversos ámbitos de la ciencia y la neurología, han seguido estudiando esta temática, ampliando la mirada con el fin último de que el diagnóstico y tratamiento de las personas con esta condición no sean objeto de discriminación.

De esta forma, recientemente, en el marco del XV Congreso Nacional de Psiquiatría, que se celebró en Oviedo, España, el doctor Geoffrey M. Reed, director de proyectos del Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha anunciado que la denominación "retraso mental", que lamentablemente se sigue utilizando todavía en la legislación de muchos países se cambiará, en la Clasificación Mundial de Enfermedades 2011, por la de "trastorno del desarrollo intelectual".

Aunque este anuncio puede parecer puramente semántico, la verdad es que la OMS también ha señalado que asociado a este cambio de nombre de este trastorno, también se modificará su evaluación, como una forma de dar una mayor importancia a la capacidad de desenvolvimiento de la persona en su vida diaria.

El objetivo fundamental de estas modificaciones persigue "que la nueva clasificación diagnóstica sea más útil en la práctica clínica y para ello se está realizando un esfuerzo para incorporar las opiniones de clínicos de distintos ámbitos", ha señalado el doctor Reed.

Además, los psiquiatras españoles reunidos en Oviedo suscribieron un manifiesto en contra del estigma en salud mental, con el fin de garantizar el derecho a la igualdad y a la no discriminación de personas con este tipo de enfermedades.

Para los psiquiatras, el estigma de las personas con enfermedad mental sigue siendo "una lacra" que persigue a estos pacientes, aquejados de un problema de salud tan común como puede ser cualquier otro y aseguran que los ritmos de reducción del mismo, en España y en otros países, "muestran un claro retraso".

Este manifiesto y este anuncio de la OMS buscan informar e instar a los actores políticos, a los profesionales del área de la salud, periodistas y a la sociedad toda sobre la necesidad de "erradicar" el estigma y la discriminación que todavía hoy se aprecian en lo relativo a las personas con enfermedad mental.

Y aunque el citado documento se refiere a todas las personas aquejadas de enfermedad mental, los psiquiatras llaman particularmente la atención sobre la discriminación que soportan los pacientes con un diagnóstico grave. Según ponen de manifiesto, se trata de personas aquejadas de enfermedades que afectan al cerebro, que con el adecuado tratamiento, mantienen en la mayor parte de los casos un

comportamiento normal, perfectamente capaz de desarrollar una actividad vital como la de cualquier otra persona sin enfermedad, integrados en la sociedad.

La persona diagnosticada de enfermedad mental en general y de trastorno mental grave en particular ha sufrido y sufre el estigma de buena parte de la sociedad, lo que unido a las consecuencias de su patología complica su desarrollo personal.

Un inadecuado tratamiento mediático, e! desconocimiento sobre de qué se tratan de trastornos relacionados con un funcionamiento anormal del cerebro, la evolución a veces imprevisible, el tabú del suicidio y sobre todo el miedo a la violencia, siempre magnificada, provocan un aislamiento social inmerecido y perjudicial.

Los derechos fundamentales de las personas con trastornos de desarrollo intelectual, como el acceso a los estudios, el acceso al trabajo, la integración con su entorno, la vida de pareja, se dificultan enormemente al sumarse en su caso la vulnerabilidad y la pérdida de autoestima, dependiendo casi siempre su nivel de integración sobre todo de la implicación de la familia.

Los profesionales y científicos que estudian estos trastornos están convencidos de que una sociedad mejor informada, pierde los miedos y reacciona de una forma más solidaria, entendiendo que la eventual peligrosidad y relación con actos violentos de una persona con enfermedad mental no es la norma habitual en su comportamiento y han de considerarse, tal y como son, hechos aislados.

A estas alturas de las investigaciones médicas y científicas es claro que la persona con enfermedad mental no tiene ninguna responsabilidad sobre la aparición y evolución de la misma y que padecer una enfermedad mental no es sinónimo de incompetencia o incapacidad para desarrollar las tareas básicas de la vida.

Se hace evidente la necesidad de romper los tabúes de este tipo de enfermedad y hacer comprender a la sociedad que cada persona es un enfermo diferente puede ayudar a que se les vea de otra forma desde todos los ámbitos sociales. La persona con enfermedad mental es obviamente como cualquiera otra, sólo que necesita aún más del cuidado y aceptación del entorno para su mejoría.

Las capacidades intelectuales de la persona con enfermedad mental son como las del resto de la población y por tanto puede tener la misma aptitud para enfrentarse a la formación académica, al igual como las habilidades y competencias de la persona con enfermedad mental son similares a las de la persona sin enfermedad mental y por tanto puede tener la misma capacidad para desarrollar una profesión u oficio.

Algunas personas con enfermedad mental no pueden desarrollar un trabajo de forma normal, pero en muchos otros casos sí lo pueden hacer de forma supervisada y adaptada a su nivel de funcionamiento.

Las autoridades sanitarias pueden y deben redoblar esfuerzos para la integración de las personas con enfermedad mental como ciudadanos de pleno derecho. Asimismo, se deben erradicar los términos ofensivos, imprecisos, inadecuados que generan confusión, alarma y recelo y es deseable que los medios de comunicación puedan ayudar a la erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental.

Que desaparezca por completo todo tipo de discriminación y reforzar la convicción en los avances en los tratamientos y los cada vez mejores conocimientos profesionales, son un pilar fundamental para la normalización de muchas personas que hoy sufren problemas de salud mental.

La OMS y Chile

Un informe de la OMS de 2001 entregó 10 recomendaciones para e! desarrollo de los componentes claves de los sistemas de salud mental:

1. Proveer tratamiento de trastornos mentales en la atención primaria de salud.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar atención en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
10. Apoyar nuevas investigaciones

Basado en estas 10 recomendaciones, la OMS elaboró un instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental de los países, llamado WHO-AIMS, con el fin de obtener información sobre los componentes más esenciales de estos sistemas que ayudaran a identificar sus debilidades y desarrollar acciones para reforzarlo.

Durante los años 2002 y 2003 se elaboró la primera versión de WHO-AIMS a través de un proceso de consulta con expertos y puntos focales de países con escasos recursos, asegurando la claridad, validez y factibilidad de los distintos ítems. Durante el año 2004, este instrumento se aplicó en forma piloto en 12 países de distintas regiones del mundo, concluyéndose que recoge información relevante pero que requería algunas modificaciones.

La versión final del WHO-AIMS fue lanzada a principios del 2005 y Chile fue uno de los primeros países seleccionados para su aplicación con el apoyo técnico de OPS/OMS.

El Ministerio de Salud de Chile, en su decisión de adecuarse a las necesidades de la población, formuló en el año 1999 el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. En este Plan Nacional se incluyeron tanto aspectos de políticas de salud mental como de planificación y programación, y sus capítulos incluyen los siguientes tópicos:

1. Valores y principios: un modelo de acción.
2. Intersectorialidad en salud mental.
3- Las acciones: programas de salud mental para los distintos niveles del sistema de salud y para siete prioridades.
4. Red de servicios de salud mental y psiquiatría.
5. Agrupaciones de usuarios y familiares.
6. Financiamiento.
7. Regulación

Los resultados del Informe WHO-AIMS sobre Chile reveló que los principales diagnósticos realizados en los hospitales psiquiátricos al 2004 eran: esquizofrenia y trastornos delirantes (38,3%); trastornos por consumo de sustancias (20,9%); trastornos del humor (afectivos, 114%); trastornos de la personalidad (10,6%); trastornos neuróticos y de estrés (2,0%); y Otros

Sin embargo, al menos hasta ese momento, no existía en Chile un organismo coordinador de campañas de salud mental. Algunas entidades del Estado (el. Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud, Servicio Nacional de la Mujer y Servicio Nacional de Menores) y sociedades científicas de profesionales (Sociedad de Psiquiatría y Asociación de Salud Mental) han realizado algunas campañas de sensibilización y educación en los últimos años. Estas campañas se han dirigido principalmente a la población general, niños y mujeres, en relación a temas tales como estigma hacia personas con trastornos mentales, maltrato infantil y violencia doméstica contra la mujer.

El mismo informe de la OMS estableció que a ese minuto al menos, no existían disposiciones legislativas o financieras para obligar a los empleadores a contratar personas con discapacidad ni para protegerlos de discriminación en el medio laboral a causa de enfermedad mental. En relación a viviendas, existían solamente disposiciones financieras en el Seguro Público de Salud (FONASA) para proveer hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad mental severa y que no contaran con adecuado apoyo de sus familias.

Se establece entonces el desarrollo de un trabajo colaborativo entre el Ministerio de Salud y varios organismos de otros sectores, tales como el Consejo Nacional para el Control de Drogas y Estupefacientes (CONACE), Servicio Nacional de Menores (SENAME), Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), los ministerios de Justicia, Educación, Vivienda y Trabajo, Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), Gendarmería y las policías.

En diversos ámbitos las carencias son evidentes: el 7% de las escuelas, públicas y privadas, de enseñanza básica y media cuentan con un psicólogo, ya sea a jornada parcial o total. Solamente unas pocas escuelas (menos del 20%) tienen actividades de promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales.

Se estima que entre el 2 y el 5% de las personas que están en los recintos de Gendarmería presentan psicosis y menos del 2% retardo mental. Menos del 20% de los recintos penitenciarios tienen al menos una persona al mes referida a algún profesional de salud mental. Menos del 20% de los policías, jueces y abogados han participado en actividades de capacitación sobre salud mental en los últimos años.

En relación a apoyo financiero para usuarios, la minoría de los dispositivos de salud mental (poco más del 20%) tienen programas fuera del dispositivo en los que existen ofertas de trabajo remunerado para usuarios con trastornos mentales severos. El 15% de las personas que reciben pensión asistencial lo hacen debido a discapacidad mental.

Respecto a la investigación en esta materia, el 2% de todas las publicaciones científicas de salud en Chile se refieren a temas de salud mental. Las publicaciones se focalizan principalmente en estudios epidemiológicos en muestras comunitarias y clínicas, evaluaciones clínicas y con cuestionarios de trastornos mentales,

intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas, y evaluación de servicios, programas, financiamiento y políticas.

El informe de la OMS concluye que Chile se encuentra en el grupo del 73% de los países de América que tienen una Política de Salud Mental y en el grupo del 77% de los países de la Región que tienen un Programa Nacional de Salud Mental y que al igual que el 77% de los países del mundo con un ingreso medio alto, ha implementado servicios de atención y cuidados comunitarios. Sin embargo, Chile se encuentra entre el pequeño porcentaje de países del mundo (22%) que no han sido capaces de formular una ley de salud mental.

En relación al 2,14% del presupuesto de salud pública asignado a salud mental al 2004, Chile se ubicaba bajo varios países latinoamericanos, tales como Uruguay (8%), Costa Rica (8%), Cuba (5%) y Brasil (2.5%). Este bajo presupuesto proporcional determina que varios indicadores de recursos de salud mental de Chile se encuentren por debajo del promedio para América, especialmente en el caso de camas de hospitalización de psiquiatría (18 por 100.000 habitantes en Chile y promedio 26 para América), enfermeras de salud mental (1,7 en Chile comparado con 12,97 en América) y asistentes sociales (1,7 comparado con 11,58).

El Proyecto de Acuerdo Boletín N° S 1315-12

Este proyecto de acuerdo presentado por los senadores Quintana, Rossi y Navarro, que fuera aprobado por la Sala el 8 de Marzo de 2011, solicitaba al Sr. Presidente de la República instruir a los Ministerios de Salud y de Planificación, para que pudieran relevar y visibilizar la existencia de un importante número de chilenos, especialmente niños, que tienen Discapacidad Psíquica y que no cuentan con políticas sociales, educacionales y de salud sustentables, desarrollando políticas, planes, programas y tratamientos integrales -no sólo farmacológicos-para este tipo de pacientes y sus familias, de manera de evitar que estos chilenos sean o se sientan discriminados ante otras discapacidades, afectándolos a ellos, a sus familias y especialmente a sus posibilidades de plena inserción social.

Esta petición se fundaba en antecedentes como el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad realizada por FONADIS (2004), que indicaba que en Chile la población con discapacidad representa el 12,9%, esto es más de 2 millones de personas, de los cuales el 70,8% no realiza trabajos remunerados y por tanto no cuenta con acceso a prestaciones previsionales. Que por lo mismo las demandas de la sociedad civil se concentran en las grandes falencias existentes en materia de empleo formal y su consecuente acceso a los beneficios previsionales, y que en mayor gravedad afecta a las personas con discapacidad psíquica.

El citado proyecto de acuerdo señalaba que se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta "trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes". La discapacidad psíquica puede ser provocada por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar; los trastornos de pánico, el trastorno esquizomorfo, el síndrome orgánico y el síndrome X Frágil.

Tal iniciativa también dejaba constancia respecto de que el conjunto de alteraciones psíquicas varía mucho de unos enfermos a otros, razón por la que el colectivo de discapacitados psíquicos es totalmente heterogéneo, abarcando desde casos leves, con

pequeñas discapacidades, hasta otros en los que la afectación es tan grave que supone una incapacidad y dependencia total.
Dejaba claro el proyecto que la discapacidad intelectual es una característica, entre otras, de algunas personas y no sólo afecta a quien la tiene, sino también a la sociedad que le rodea, empezando por su familia. Así entendida, la discapacidad surge entonces cuando la relación entre la persona y la sociedad no es del todo ajustada, cuando el entorno no ofrece a estas personas las ayudas necesarias para que la interacción sea adecuada.

Se señalaba en la presentación que internacionalmente se ha hecho hincapié en que el concepto de discapacidad intelectual, más que en las deficiencias de las personas, está en los apoyos que precisan para vivir una vida propia de calidad y en relación con los demás. Que, por lo mismo, una idea básica que intentan comunicar las organizaciones que trabajan con ellos consiste en que las personas con discapacidad intelectual son precisamente eso: personas. Tienen el mismo deseo de participar y contribuir en sus comunidades que cualquier otra persona y también el mismo deseo que los demás de ser tratadas con dignidad y respeto.

En la misma línea se asume que tener una discapacidad es sólo un aspecto de la vida de una persona. Hay más facetas en su vida, aparte de esa discapacidad. Por ejemplo, las personas con discapacidad intelectual a menudo tienen otras habilidades, algunas pueden ser artistas o músicos. Sus relaciones personales son normales: tienen novio, novia, se casan y, a veces, hasta tienen hijos.

El proyecto recordaba que el año 2000, el Ministerio de Salud anunció la aplicación del nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, orientado a contribuir con la inserción social y laboral de las personas con discapacidad mental, en sus familias y comunidades. Esto a raíz de la experiencia internacional y al avance en las medicinas que permiten un mejor nivel de vida de los pacientes. De esta forma, se comenzó una fuerte reducción de los cupos en los hospitales psiquiátricos y se abrieron los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPs) y otros establecimientos de atención ambulatoria. La idea de la autoridad era fomentar la interacción entre los pacientes y con el medio ambiente de modo de promover su bienestar, además del desarrollo y uso de sus potencialidades psicológicas, cognitivas y relaciónales.

La iniciativa parlamentaria indicaba que con el propósito de conocer los resultados de la aplicación de este plan nacional, académicos de la Universidad Central realizaron la investigación "Necesidades de Integración Social (NIS) de los discapacitados psíquicos", en la que se estudió la situación, dificultades y obstáculos de los usuarios de los Centros de Rehabilitación Psico-social (dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Oriente) y la impresión de sus familiares. Dicho estudio determinó que el nuevo modelo ambulatorio, si bien resulta relativamente eficiente en el aspecto médico (un 82% de los "usuarios" se declara satisfecho con los recursos farmacológicos y profesionales, y un 86% valora la contención que recibe de los profesionales), existe una importante necesidad de integración social no resuelta. Así, el 66% de las usuarias mujeres consultadas afirma tener una alta y mediana alta necesidad de integración social, lo mismo ocurre con el 59% de los usuarios varones, lo cual es avalado por el 53% de los familiares que los lleva a estos establecimientos.
Que el citado estudio evidenció, además, que sólo una pequeña parte (en torno al 10% del total estimado) de los enfermos se atiende en este tipo de establecimientos (estatales o municipalizados), y se desconoce si el resto recibe algún tipo de atención y dónde, demostrando así que un sector importante de los niños, jóvenes, mujeres y

senescentes, no aparecen vinculados a estos servicios. De hecho, se indicaba que los encuestados por este estudio son personas adultas diagnosticadas principalmente con Esquizofrenia (68%) y Bipolaridad (sobre el 10%), que en general llevan un máximo de un año asistiendo el centro de rehabilitación psicosocial (54%) y tienen en un 44% estudios de educación media completa. De los usuarios consultados, el 64% son varones y el 36% mujeres, los cuales se agrupan en forma mayoritaria entre los 38 y 49 años.

Que el proyecto de acuerdo en comento informaba que durante los últimos años diversas instituciones, como es el caso del Hospital Las Higueras de Talcahuano, han trabajado el tema del cuidado del cuidador (con madres de niños del espectro autista), mediante técnicas de teatro, circo y risoterapia, entre otras, buscando evitar que estas discapacidades transformen a las familias de los pacientes en familias enfermas, a la espera de que se desarrollen planes y tratamientos integrales para este tipo de pacientes, no sólo priorizando el uso exclusivo de fármacos.

Finalmente esta propuesta recordaba que en Chile existen registradas un total de 73 organizaciones sociales vinculadas a las distintas expresiones de discapacidad psíquica.

Más tarde, como respuesta a lo planteado por el proyecto de acuerdo de los senadores Rossi, Quintana y Navarro, con fecha 26 de Mayo del presente año, el Ministerio de Salud remitió al Senado el oficio Ord. N°1759, en que señalaba que:

"A pesar de los avances, aún hay brechas importantes no sólo en la atención de salud mental que se presta, sino también en las iniciativas de prevención de la enfermedad mental. Por esta razón, uno de los principales objetivos de la Estrategia Nacional de Salud Mental, actualmente en proceso de elaboración, es desarrollar un trabajo de carácter intersectorial, mancomunado entre las diversas instituciones y organismos que inciden en el bienestar psicosocial. Se propone que objetivos pro salud mental estén presentes en todas las políticas, considerando tanto al sector salud como educación, trabajo, vivienda, justicia, cultura, deporte y recreación, entre otros. Esta política se traducirá en compromisos y acciones concretas para la instalación de escenarios promotores de la salud integral y pleno desenvolvimiento de las personas en todas sus dimensiones. Allí se contemplan propuestas para incrementar la integración de las personas con discapacidad psíquica en actividades laborales, en tener acceso a barrios y viviendas dignas, así como también reconocer y sustentar la labor de los cuidadores, especialmente en el caso de niños y niñas que lo requieran".

Todo lo anterior muestra la evolución y los aspectos aún pendientes en materia de salud mental, desde las políticas públicas y la legislación, pero también desde la sociedad. Ello obliga a estar constantemente preocupados de los avances científicos, médicos y culturales que se van produciendo en el mundo a favor de las personas con lo que hasta hoy conocemos como discapacidad mental. Por eso es que consideramos que la inclusión de la denominación "trastornos del desarrollo intelectual" a nuestra legislación vigente, es un paso más y una muestra del interés que tenemos por desarrollar políticas no sólo no discriminatorias, sino que especialmente inclusivas desde la diversidad y la diferencia.

Por todo lo anterior es que vengo a presentar el siguiente,

PROYECTO DE LEY

Artículo Único: Modifícase la Ley N° 18.600 en el siguiente sentido:

1. En el Artículo 1°, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental", las dos veces que aparece, la expresión o "trastorno del desarrollo intelectual".

2. En el Artículo 2°, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

3. En el Artículo 3° agréguese, en cada inciso y en cada uno de los literales de dicho artículo, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

4. En el Artículo 4°, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental", las dos veces que aparece, la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

5. En el Artículo 7°, agréguese, a continuación de la expresión "acciones de prevención", la expresión "de trastornos del desarrollo intelectual".

6. En el Artículo 8°, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental", las dos veces que aparece, la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual" y reemplácese la palabra "discreta" por "discreto". Asimismo, reemplácese la palabra "moderada" por "moderado".

7. En el Artículo 8° bis, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión o "trastorno del desarrollo intelectual".

8. En el Artículo 9°, agréguese a continuación de la expresión "discapacidad mental", las tres veces que aparece, la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual" y reemplácese la palabra "profunda", las tres veces que aparece, por "profundo".

9. En el Artículo 10, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

10. En el Artículo 11, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión o "trastorno del desarrollo intelectual" y reemplácese las palabras "discreta" y "moderada", por "discreto" y "moderado".

11. En el Artículo 12, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

12. En el Artículo 14, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

13. En el Artículo 15, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

14- En el Artículo 16, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

15. En el Artículo 17, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

16. En el Artículo 18, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno de! desarrollo intelectual".
17. En el Artículo 18 bis, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental" la expresión "o trastorno del desarrollo intelectual".

18. En el Artículo 19, agréguese, a continuación de la expresión "discapacidad mental", las tres veces que aparece, la expresión o "trastorno del desarrollo intelectual" y reemplácese la palabra "profunda", por "profundo".

ALEJANDRO NAVARRO BRAIN
SENADOR