Establece normas de reconocimiento y protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad o discapacidad mental

Boletín N°10755-11

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".

Diversas estimaciones muestran que las patologías psiquiátricas representarán un 13% de la carga global de enfermedad para el año 2030 y serán responsables de aproximadamente un tercio del costo total de las enfermedades no transmisibles, unos US$15 trillones.

Chile no es una excepción.

Los problemas de salud mental constituyen *la principal fuente de carga de enfermedad de nuestro país* según el último estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, que señala que un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) tienen origen en condiciones neuro-psiquiátricas[1]. Los trastornos psiquiátricos constituyen la primera causa de incapacidad transitoria entre los beneficiarios del sistema público, así como el 20,4% de los subsidios por incapacidad laboral de los cotizantes de ISAPRE[2].

Mientras la proporción de compatriotas que ha presentado síntomas depresivos casi duplica la de los 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[3].

Para hacerse cargo de esta 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 de los Pacientes. Del mismo modo, nuestro país ha dado vida a 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 (Véase Primer y Segundo Plan Nacional de Salud Mental[4]).

---

[1] 2ª Encuesta Nacional de Salud Chile, MINSAL-PUC, 2010. http://epi.minsal.cl/estudios-yencuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-salud/resultados-ens/.

[2]Miranda, Gonzalo con Alvarado, Sergio &Kaufman, Jay "Duración de las licencias médicas FONASA por transtornos mentales y del comportamiento". RevistaMédica de Chile, 2012.

[3] Vicente B et al. "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders" in the Chile Psychiatric Prevalence Study. The American Journal of Psyquiatry, 2006.

[4]http://www.minsal.cl/salud-mental/

Sin embargo, este conjunto de cuerpos jurídicos e instrumentos programáticos resultan absolutamente insuficientes al analizar la realidad de las políticas de salud mental en Chile. Desde una perspectiva presupuestaria el déficit es evidente. Mientras el Plan de Salud Mental propone destinar a este campo el 5% del total del presupuesto del sector, el gasto total apenas alcanza al 2,1% de éste. Los aspectos preventivos de una política de salud mental han sido evidentemente descuidados. La atención en la comunidad o el medio han sido priorizados sin contar con la cobertura ni el tratamiento para los problemas más complejos, en tanto se ha descuidado la atención institucional y se han cerrado camas psiquiátricas. De un total de 80 Garantías Explícitas en Salud, ninguna de ellas incluye patologías mentales en niños y niñas. 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.

Sin perjuicio de la importancia que reviste el que la autoridad aborde cada una de las cuestiones señaladas, este proyecto de ley pretende hacerse cargo en particular de una variable crítica para el desarrollo de una política de salud mental en Chile: la *ausencia de una legislación que proteja adecuadamente los derechos humanos de las personas con enfermedad o discapacidad mental*.

Chile es uno de los pocos países del mundo que no dispone de una legislación específica en salud mental que proteja los derechos de las personas con discapacidad o enfermedades mentales[5]. En Latinoamérica, ya hacia el año 2005, un 75% de los países contaban con Legislación en Salud Mental para reconocer y proteger los derechos humanos básicos de este colectivo calificado por la Organización Mundial de la Salud como *especialmente vulnerable*[6].

Peor aún, la normativa vigente en Chile[7] desconoce estándares mínimos de protección de derechos humanos establecidos por la Organización Mundial de la Salud y por Naciones Unidas[8]. Ejemplo de ello es lo que ocurre con la inexistencia de mecanismos independientes del sistema público de salud capaces de hacer cumplir la legislación en aspectos tan cruciales como los tratamientos y hospitalizaciones involuntarias. Tampoco existen mecanismos para que los usuarios dispongan de asesoría legal y puedan presentar apelaciones sobre las medidas tomadas contra su voluntad[9]. El derecho fundamental a la vida e integridad física y psíquica de las personas es vulnerado mediante tratamientos invasivos e irreversibles -como la esterilización con fines contraceptivos o psicocirugía- que es posible realizar en nuestro país aun cuando el paciente no haya manifestado su voluntad. De igual forma, el régimen de hospitalización involuntaria - tratado en normas

[5] Mental Health Atlas (2005). Existencia de Ley de Salud Mental en las Regiones de la OMS. WHO Press, Geneva.
[6] World Health Organization (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. WHO Press, Geneva.
[7] Ley Nº 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud; Ley N° 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad y Ley N° 18.600 sobre deficientes mentales.
[8] Informe sobre "Sistema de Salud Mental de Chile" del Ministerio de Salud, 2014.
[9] Informe WHO-AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile, OMS y Ministerio de Salud, Santiago, Chile, 2006.

reglamentarias - no es capaz de proteger adecuadamente contra los abusos y la violación del derecho a la libertad personal y seguridad individual de este grupo humano.

Ni la libertad personal, ni la integridad física y psíquica de las personas con Discapacidad o Enfermedad Mental está garantizada en Chile pues tenemos una legislación que regula incorrectamente la internación involuntaria, permite el sometimiento a tratamientos médicos invasivos e irreversibles sin consentimiento, desconoce el derecho a la autonomía personal y la presunción de capacidad de este grupo humano, así como su derecho a la no discriminación. Ello nos sitúa en una posición de manifiesto incumplimiento de lo establecido en la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (ratificado el 29 de julio de 2008) que pretende *"…asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad".*Por ello, podemos afirmar que "*…la legislación que se encuentra vigente en nuestro país está en clara contravención a los principios de la CDPD y sus disposiciones concretas…*"[10].

Este proyecto de ley busca corregir esta situación y tiene sus orígenes en el trabajo iniciado con un conjunto de investigadores de la Pontificia Universidad de Chile, en el marco del Programa de Políticas Públicas de esa institución, el que se tradujo en el Informe "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[11]". Dicha investigación motivó a su vez la constitución del denominado Grupo de Tarea en Salud Mental, que con el patrocinio del Colegio Médico de Chile A.G., el Centro de Extensión del Senado y la Biblioteca del Congreso Nacional, desarrollara en Noviembre de 2015 en el Salón de Honor del Senado en el ex Congreso Nacional de Santiago el Seminario "Desafíos para la construcción de una Política de Salud Mental en Chile", parte de cuyas conclusiones son recogidas en este proyecto de ley.

Esta moción recoge además, al menos parcialmente y en un ámbito tremendamente sensible, 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, los propósitos y los objetivos de las políticas y los programas de Salud Mental"[12], de modo de asegurar la protección de quienes, afectados por trastornos mentales, viven en situación de vulnerabilidad enfrentando estigma, discriminación y marginalización, así como la violación de sus derechos fundamentales. Por último, La moción profundiza contenidos considerados en el proyecto Boletín 10563-11 sobre protección de la Salud Mental de autoría de la Diputada Sra. Marcela Hernando junto a las Diputadas Karol Cariola, Loreto Carvajal y Cristina Girardi, además de los Diputados Marcos Espinosa, Iván Flores, Enrique Jaramillo, Fernando Meza, Alberto Robles y Victor Torres.

[10] Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago, Chile. Disponible en http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/

[11] González, Calderón, Valdivia, Jeria, Repetto y Vivanco. "Propuestas para Chile 2014", Capítulo III, 2014, Centro de Políticas Públicas Pontificia Universidad Católica de Chile.

[12] Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, OMS 2008.

En síntesis, este proyecto de ley busca hacer posible la garantía judicial de los derechos humanos reconocidos en la *Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad o Enfermedad Mental*, particularmente sus derechos a la libertad y seguridad, a la integridad física y psíquica, a la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como su derecho al cuidado sanitario, siguiendo el camino trazado por normativa internacional y comparada como la española, argentina, mexicana y colombiana, entre otras.

PROYECTO DE LEY

DEL RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL O DISCAPACIDAD MENTAL

TITULO 1°
Disposiciones generales

ARTÍCULO 1º.- Esta ley tiene por finalidad reconocer y garantizar los derechos fundamentales de las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica y su derecho a cuidado sanitario.

El pleno goce de los derechos humanos de las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental se garantiza en el marco de los instrumentos internacionales de derechos humanos vigentes. En ese contexto, se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas del 9 de noviembre de 1990. Todos estos instrumentos constituyen fuente de los derechos fundamentales que a continuación se reconocen a todas las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental.

ARTÍCULO 2º.- Para los efectos de la presente ley se entiende por Enfermedad Mental toda alteración de los procesos cognitivos y afectivos estimados normales en relación con el grupo socio-cultural de la persona. Puede manifestarse en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

A su turno, se entiende por Discapacidad Mental la limitación psíquica o de comportamiento que dificultan la comprensión de los propios actos, implica dificultades para la ejecución de acciones o tareas comunes y la participación del sujeto en situaciones vitales. La Enfermedad y Discapacidad mental puede ser transitoria o permanente, lo que será definido con criterios clínicos y supervisado, cuando lo requiera el paciente o su representante legal, por la autoridad competente.

Para el diagnóstico de la Enfermedad o Discapacidad mental debe tenerse 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 3º.-En el marco de los Derechos consignados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y demás normas relacionadas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud, se reconocen como derechos básicos de las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental el derecho a la igualdad y no discriminación, el derecho a la participación, libertad y autonomía personal, la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes y el principio del ambiente menos restrictivo de la libertad personal.

ARTÍCULO 4º. Se presume que toda persona es capaz. La discapacidad cognitiva por si sola no descalifica a la persona para dar consentimiento informado. Como regla general, se debe considerar que todos los adultos son competentes para dar consentimiento informado, independientemente de su diagnóstico o condición, a menos que haya evidencia de incapacidad mental severa que deteriore el juicio y raciocinio calificada por los tribunales competentes.

No puede hacerse un diagnóstico de salud mental en base exclusiva al grupo político, socioeconómico, cultural, racial o religioso de pertenencia, así como por su elección o identidad sexual. Tampoco será determinante el sólo antecedente de previa hospitalización o tratamiento sicológico o psiquiátrico. La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza a presumir riesgo de daño o incapacidad.

ARTÍCULO 5º.- 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 con preferencia en la atención primaria y fuera del ámbito de internación hospitalaria, con personal interdisciplinario y encaminado al reforzamiento y desarrollo de los lazos sociales, la inclusión y la participación del paciente en la vida social.

ARTÍCULO 6º.- Todo tipo de intervención médica se rige por el principio del consentimiento informado, en los términos establecidos en la Ley 20.584 *que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud,* de modo que las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental tienen derecho a recibir toda la información diagnóstica y terapéutica necesaria a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

TITULO 2°

De los derechos fundamentales de las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental

ARTÍCULO 7º.- Todo aquel que viva con Enfermedad o Discapacidad mental gozará de los derechos fundamentales que la Constitución Política garantiza a todas las personas. En especial se les reconocen los siguientes derechos:

a) A ser reconocido siempre como sujeto de derecho y a que se respete su vida privada, libertad de comunicación y libertad personal.

b) A no ser sometido a tratamientos invasivos o irreversibles sin su consentimiento, a menos que a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo grave e inminente para sí o para terceros y su representante legal haya dado su autorización. Con todo, el procedimiento de esterilización no podrá efectuarse sin consentimiento del paciente.

c) A ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo relacionado a su condición de salud y tratamiento, según las reglas que rigen el consentimiento informado. Los sujetos cognitivamente impedidos forman una población heterogénea de pacientes que pueden tener, en grados variables, deterioradas sus capacidades para dar un consentimiento informado válido de modo que, si existen dificultades de entendimiento, el consentimiento lo darán los familiares, tutores o el representante legal y sólo se considera válido el consentimiento entregado en estado de lucidez y con comprensión de la situación.

d) A acceder siempre a su ficha y antecedentes clínicos, personalmente, o por su representante o abogado. No se podrá negar nunca este derecho al paciente.

e) A que un juez autorice y supervise, periódicamente, las condiciones de una internación involuntaria o voluntaria prolongada, así como a contar con una instancia judicial de apelación. Si en el transcurso de la internación voluntaria el estado de lucidez bajo el que se dio el consentimiento se pierde, se procederá como si se tratase de una internación involuntaria.

f) 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. A recibir una atención ajustada a principios éticos.

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

h) A ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares o por quien el paciente mental designe.

i) A no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente dado personalmente o por su representante legal, previa autorización del Comité de Ética correspondiente. Siguiendo los lineamientos dados por la Declaración de Helsinki, las personas con ausencia de capacidad para dar consentimiento sólo pueden ser incluidas en proyectos que investiguen opciones terapéuticas para su enfermedad o condición y siempre que su representante legal lo autorice y el Comité de Ética evalúe positivamente la relación "riesgo-beneficio" de modo que haya expectativas razonables de beneficio directo con un nivel de riesgo minimizado y aceptable.

j) A que su padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

k) A ser remunerado por su participación en actividades realizadas en el marco de la labor-terapia o trabajos comunitarios que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sean comercializados.

ARTÍCULO 8º. La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática.

TITULO 3°
De la naturaleza y requisitos de la internación

ARTÍCULO 9º. La internación es un procedimiento terapéutico que restringe el derecho a la libertad personal y que sólo se justifica si garantiza un mayor aporte y beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones posibles dentro del entorno familiar, comunitario o social del paciente. Se promoverá el mantenimiento de vínculos y comunicación de los pacientes internados con sus familiares y su entorno laboral y social.

ARTÍCULO 10º. La internación, en tanto medida excepcional, debe ser especialmente breve y fundarse en criterios terapéuticos con mirada interdisciplinar. De ningún modo el recurso de la internación podrá indicarse para dar solución a problemas sociales o de vivienda.

ARTÍCULO 11º. La internación involuntaria afecta el derecho a la libertad personal de las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental, de modo que deberá siempre ser autorizada y revisada por el juez de la Corte de Apelaciones respectiva, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21 de la Constitución.

La internación 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 el juez pueda autorizar la internación involuntaria es necesario que:

a) Exista un dictamen profesional del servicio asistencial que recomiende la internación, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra. Los profesionales no podrán tener relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con el paciente.

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para el tratamiento del paciente o la protección de terceros;

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas, si las hubiera.El juez deberá notificar su resolución a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Nacional y Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental a la que se refiere la Ley 20548.

ARTÍCULO 12°.- En el caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios sólo podrá realizarse una internación involuntaria si a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DOCE (12) horas al juez competente y al órgano de revisión dejándose constancia del cumplimiento de las garantías establecidas en el artículo 11.

Una vez notificado, en un plazo de TRES (3) días, el juez deberá:

a) Autorizar la internación si considera que están dadas las causales previstas en esta ley;

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

c) Denegar la internación en caso de evaluar que no existenlos supuestos necesarios para dicha medida, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

ARTÍCULO 13º. La persona internada involuntariamente o su representante legal tienen siempre el derecho a nombrar un abogado. Si el paciente o su representante legal no lo hubieran hecho, el Estado deberá proporcionarles uno desde el momento de la internación. El paciente o su abogado podrán oponerse a la internación y solicitar al juez la externación en cualquier momento.

El paciente tendrá siempre derecho a ejercer sus derechos jurisdiccionales para lo cual el juez deberá garantizar un proceso contradictorio de ser necesario, de acuerdo al procedimiento establecido en el Auto acordado de Recurso de Protección.

El juez deberá denegar la internación involuntaria si evalúa que no existen los supuestos necesarios para la medida, en cuyo caso deberá asegurar la externación de forma inmediata.

ARTÍCULO 14º. La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el término de la internación. Cuando la internación voluntaria se prolongue por más de 60 días, la Comisión Nacional de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales, y el equipo de salud a cargo, deberá comunicarlo al juez para que éste evalúe, en un plazo no mayor de cinco días desde la toma de conocimiento, si la internación 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 15º. El alta o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El equipo de salud o la Comisión Nacional de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales, deberán externar a la persona o transformar la internación en voluntaria apenas cese la situación de riesgo cierto e inminente para el paciente o terceros. Dicha situación deberá informarse a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental.

ARTÍCULO 16º. Habiéndose autorizado la internación involuntaria, el juez habrá de solicitar informes con un lapso no mayor a 30 días, a fin de reevaluar si perduran los motivos que dieron origen a la medida, pudiendo en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Transcurridos 90 días desde el inicio de la internación involuntaria, y luego del tercer informe, el juez deberá pedir a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, se optará siempre por la que menos restrinja la libertad personal del paciente.

ARTÍCULO 17º. Con el fin de garantizar los derechos humanos de las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son 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 implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. El funcionario podrá actuar bajo reserva de identidad, sin miedo a represalias y sin que se considere que ha incurrido en violación del secreto profesional. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera.

ARTÍCULO 18º. El tratamiento de los Pacientes con Trastornos Mentales o Discapacidad Mental se realizará con apego a Estándares de Atención que garanticen:

1. Un número adecuado de profesionales requeridos para tratamientos en la salud primaria y en los hospitales, de acuerdo a estándares internacionales;

2. La certificación de las competencias de los profesionales a cargo de la Salud Mental, así como 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 los pacientes con trastornos o discapacidad mental un tratamiento en base a la mejor evidencia científica disponible, a criterios de costo-efectividad y con un abordaje biopsicosocial.

5. Que las instalaciones de atención ambulatoria y hospitalaria cumplan con los requerimientos internacionales.

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.

SERGIO ESPEJO YAKSIC
H. DIPUTADO DE LA REPÚBLICA