

**INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD RECAÍDO EN DOS PROYECTOS DE LEY  
SOBRE PROTECCION DE LA SALUD MENTAL**

**BOLETINES N°s. 10.563-11 y 10.755-11.**

---

**HONORABLE CÁMARA:**

La Comisión de Salud viene en informar, en primer trámite constitucional y reglamentario, dos proyectos referidos al tema anteriormente individualizado, iniciados en moción de los siguientes diputados:

- El primero, sobre protección de la salud mental, de los diputados señores, señoras y señoritas Cariola, Carvajal, Espinosa, Flores, Girardi, Hernando, 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 señores, señoras y señoritas Alvarado, Castro, Espejo, Hernando, Macaya, Monckeberg (don Nicolás), Pilowsky, Rubilar, y Torres.

Se hace presente que, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17 A de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional, **la Sala de la Corporación autorizó refundir ambos proyectos, a propuesta de la Comisión,** con fecha 8 de septiembre de 2016.

**CONSTANCIAS REGLAMENTARIAS PREVIAS.**

1) La idea matriz o fundamental de ambos proyectos es regular de manera más sistemática, la protección de la salud mental en Chile, de tal manera de resguardar y reconocer los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, con discapacidad intelectual y con discapacidad psíquica.

En tal sentido, se propone una legislación que contemple estándares mínimos y proteja los derechos humanos de las personas con tal condición.

2) Normas de carácter orgánico constitucional.

Se hace presente que los **artículos 7**, inciso primero, literal e); **11**; **12**, inciso primero; **13**, **14** y **16**, son de carácter orgánico constitucional pues modifican normas de ese rango consignadas en la ley orgánica constitucional relativa a la organización y atribuciones de los tribunales, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 77 de la Constitución Política y 16 de la ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional.

3) Normas que requieran trámite de Hacienda.

No hay.

4) Los proyectos refundidos fueron aprobados, en general, por la unanimidad de los miembros presentes, señores Castro, Cariola, Hernando, Núñez (don Marco Antonio), Rubilar y Torres.

5) Diputado informante: señor Sergio Espejo Yaksic.

#### **I.- ANTECEDENTES.**

- **Fundamentos de los proyectos de ley contenidos en las mociones.**

En ambas mociones se hace presente, 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 se 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 OMS, 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 de salud mental específica.

En Chile, no existe una 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".

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, unos US\$15 trillones. Chile no es la excepción.

Los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad en el país 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) 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 Isapre.

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.

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 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.

A juicio de los autores, 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 destinar a este campo 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 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 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.

En relación a la rehabilitación psicosocial de los pacientes de salud mental, se trata de un proceso que facilita la oportunidad a individuos –que están deteriorados, discapacitados o afectados por el handicap –o desventaja– de un trastorno mental– para 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 de individuos y sociedades, y la minimización de discapacidades, dishabilidades y handicap, 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, hace que el tema de la salud mental, deba ser de interés y prioridad en salud pública, como componente esencial para el bienestar general y el 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 (OMS), 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*, la legislación vigente sobre salud mental es insuficiente tanto para abordar adecuadamente su problemática y desafíos, como para brindar efectiva protección a los derechos de los pacientes.

En el mismo sentido, el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental, 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 lo constituyen –en Chile– que 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, entregándose tal decisión al médico tratante.

Por su parte, en cuanto a la hospitalización no voluntaria, ésta se desarrolla a raíz de normas reglamentarias, sin límite de tiempo, entregando su temporalidad a la decisión discrecional del médico tratante; no obstante que según las directrices de la OMS, debiera existir una autoridad independientes (sea judicial o administrativa) para supervisar la restricción de derechos de estos pacientes.

Por consiguiente, en términos generales, el proyecto busca salvar la omisión existente en Chile, en orden a carecer de una legislación específica en salud mental, mediante la cual se protejan 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 objetivos que permitan fijar objetivos claros en 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 afectadas por una condición que afecte su salud mental.

- **Normas legales que inciden, directa o indirectamente, en esta iniciativa legal.**

- **Constitución Política de la República, en su artículo 19.** Sin bien, los derechos fundamentales que se proponen resguardar y concretar en ambas mociones refundidas, dicen relación con todo el catálogo establecido en la mencionada disposición constitucional, en forma más específica, buscan asegurar el cumplimiento de los **numerales 1°** (derecho a la vida e integridad física y psíquica de la persona), **2°** (igualdad ante la ley), **3°** (igual protección de la ley en el ejercicio de sus derechos), **4°** (respeto y protección a la vida privada y honra de la persona y su familia), **7°** (libertad personal y seguridad individual), y **9°** (derecho a la protección de la salud).

- **Ley N° 18.600**, sobre deficientes mentales.

- **Ley N° 20.422**, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad.

- **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.

## **II.- ESTRUCTURA DE LOS PROYECTOS.**

### **Boletín N° 10.563-11.-**

Está estructurado en base a un **artículo único, que consta de quince numerales**, cada uno de los cuales menciona un derecho que debe ser reconocido por todas las personas. Es una especie de catálogo de derechos. Esos son los siguientes:

1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental.

2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social.

3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental y ajustada a los principios éticos.

4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida.

6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado. Y a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

7. Derecho a no ser identificado, discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental actual o pasada.

8. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental.

9. Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable

10. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento.

11. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento fehaciente e informado.

12. Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad, a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención, respetar la intimidad de otros pacientes, como su vida privada, libertad de comunicación, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho.

13. Derecho al reintegro a su familia y comunidad

14. Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso

de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales.

15. Derecho a no ser sometido a trabajos forzados

**- Boletín N° 10.755-11.-**

Está estructurado en base a **dieciocho artículos**.

En su artículo 1º se propone el objetivo de la ley; mediante su artículo 2º se definen ciertos conceptos que se ocuparán en el proyecto; a través de su artículo 3º se hace mención de derechos y libertades a los cuales tiene derecho una persona con problemas de salud mental; el artículo 4º se refiere a la capacidad legal del individuo; su artículo 5º entrega al Estado la promoción de la atención en salud mental interdisciplinaria, con personal debidamente capacitado y acreditado; el artículo 6º supone el consentimiento informado para la intervención médica de los pacientes; el artículo 7º, contempla un catálogo de derechos, similar al contemplado en la moción N° 10.563 (que se refunde con ésta); su artículo 8º, 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 (no por castigo), y previa evaluación profesional pertinente; los artículos 9º a 18 tratan sobre la internación, tanto voluntaria como involuntaria, sus condiciones, requisitos y reglamentación.

### III.- DISCUSIÓN DEL PROYECTO.

#### a) Discusión y votación general.

- **Exposición de autores de las mociones, de autoridades y de especialistas.**

--- **Diputada Marcela Hernando Pérez, una de las autoras del proyecto boletín N° 10.563-11<sup>1</sup>.**- Explicó que ese proyecto constituye un catálogo de derechos básicos de los pacientes de salud mental. Señaló que según el derecho comparado, la salud mental se define 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 transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. En Chile, sin embargo, dijo, a pesar que se trata de un derecho constitucionalmente reconocido, no existe legislación específica sobre salud mental, sino que su regulación se encuentra dispersa en diversas normas.

Hizo saber que esta iniciativa tiene por finalidad establecer ciertos derechos básicos, tales como: acceso a prestaciones de salud mental, a un trato digno, a

<sup>1</sup> Su exposición más detallada se encuentra contenida en acta de la Comisión de Salud, de 5 de septiembre de 2016.

tratamiento personalizado en un ambiente apto, resguardo de la intimidad, a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención, a la vida privada, libertad de comunicación, al reintegro a su familia y comunidad, a no ser sometido a trabajos forzados, a recibir psicoeducación sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado, a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe, a un trato no discriminatorio, a no ser identificado, discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental actual o pasada, a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental. Finalmente, es trascendente, dijo, el derecho a someterse a los tratamiento a través de un consentimiento informado para acceder a él, y a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social; y el derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento fehaciente e informado.

**---- Diputado Sergio Espejo Yaksic, uno de los autores del proyecto boletín N° 10.755-11<sup>2</sup>.**- Reiteró que 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. Su importancia como eje central en el diseño de políticas públicas de salud proviene de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que señala "*No health without mental health*"; desatender los trastornos mentales se traduce en un perjuicio directo para la salud global de la población. Recordó que en latinoamérica, hacia el 2005, el 75% de los países contaba con legislación en salud mental para reconocer y proteger los derechos humanos básicos de este colectivo calificado por la OMS como especialmente vulnerable. En cambio, la normativa vigente en Chile contraría los estándares más básicos de protección de derechos humanos fijados por la OMS y por las Naciones Unidas y ello se ve refrendado por la carencia de legislación específica que proteja adecuadamente los derechos humanos de las personas con enfermedad o discapacidad mental.

Recalcó que cuando se habla de vulneración de derechos humanos de personas con discapacidad o enfermedad mental, no se está abogando por la protección de derechos de un pequeño número de chilenos, por el contrario, los problemas de salud mental constituyen la principal fuente de carga de enfermedad del país según el último estudio de "Carga de Enfermedad y Carga Atribuible", que señala que el 23,2% de los

<sup>2</sup> Su exposición más detallada se encuentra contenida en acta de la Comisión de Salud, de 5 de septiembre de 2016.

años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) tienen origen en condiciones neuro-psiquiátricas.

En ese sentido, el proyecto persigue cuatro objetivos básicos: asegurar que las personas en esta condición sean consideradas capaces para tomar sus propias decisiones, actuando -a lo menos- a través de su representante legal cuando sea necesario; prohibir tratamientos invasivos e irreversibles sin consentimiento personal o de su representante legal; requerir de autorización judicial para la internación involuntaria; y, establecer estándares mínimos para su atención (número y formación de profesionales, certificación de prestadores, e incorporación de familiares en el tratamiento, entre otros).

--- **El jefe del Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, doctor Mauricio Gómez Chamorro** hizo referencia al desarrollo de los servicios de salud mental. Explicó que en los años 90 los servicios de salud mental estaban principalmente centrados en los 4 hospitales psiquiátricos: allí se concentraba el 80% de las camas, y el 70% de ellas eran de larga estadía, con promedio 20 años de permanencia, sin que requirieran –en realidad- de dicha hospitalización, sino que más bien necesitaban de los apoyos para vivir fuera de la institución, en razón de su discapacidad y por carecer de apoyo social o familiar. Cerca del 90% del presupuesto de la salud mental estaba destinado a eso, con poca oferta de atención y sin cobertura en la atención primaria.

En la actualidad, en cambio, se ha reducido significativamente el número de personas viviendo en hospitales psiquiátricos y se han creado numerosas plazas en dispositivos de apoyo residencial como hogares (141) y residenciales (42) protegidos, para un total de 1.737 personas.

En cuanto a camas psiquiátricas para pacientes agudos, se ha aumentado las disponibilidad en hospitales generales y han mejorado su distribución geográfica a lo largo del país.

Exhibió varios cuadros estadísticos referidos a la evolución de los recursos financieros y humanos en salud mental entre los años 1989-2015; al desarrollo de los servicios de hospitalización en salud mental infanto adolescentes; a los profesionales en etapa de formación; a las tasas de consultas; a las atenciones ambulatorias de especialidad en salud mental; a las licencias médicas en salud mental; prevalencia de trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes; tasas de suicidio, las que subieron del año 2000 al 2008, para luego descender a tasas del año 2000.

Agregó que las coberturas de tratamiento en salud mental se desagregan como sigue: 22% de las personas están afectadas por un trastorno de salud mental; 35% por depresión, y 30% por esquizofrenia, de un universo de 348.057 pacientes con discapacidad mental.

Como desafíos planteó los siguientes: a) Fortalecimiento de la atención primaria para dar cuenta de la demanda de atención en salud mental en su nivel de complejidad; b) Reforzar la cobertura para salud mental comunitaria, pues el 40% de ellos están sobre exigidos en cuanto a su población a cargo; c) Propender a que los servicios de salud sean autosuficientes para la satisfacción de sus necesidades de hospitalización; d) Paliar la insuficiente oferta en salud mental infanto adolescente, priorizando, además, la cobertura para infancia y adolescencia para poblaciones con necesidades especiales como tratamiento del espectro autista y otras; e) Revertir la actual situación de insuficiencia tanto de personal humano especializado como de prestadores institucionales especializados, con distribución actual inequitativa (permanecen cuatrocientas personas internadas en hospitales psiquiátricos, y muchas más en instituciones informales).

--- **Presidenta del Colegio de Psicólogos de Chile, señora Alejandra Melús Folatre.** Expresó que las preocupaciones centrales del desarrollo de la psicología en Chile son problemas que no distan demasiado de lo que han observado en varios países de la región. En ese sentido, uno de los problemas principales es cómo se incorpora la "salud mental" dentro de las políticas de Salud Pública. En esto, Chile no solo tiene un considerable rezago, sino también un problema de mayor magnitud que otras experiencias regionales, precisó.

Indicó que la salud mental y discapacidad, desde un enfoque sistémico, necesita ser enmarcado desde distintas miradas: hay mucha información, pero no se sabe cómo manejarse. Los cambios de paradigmas se ven fracturados y saturados, afectando en mayor medida que antes el desarrollo humano. Esto es más complejo porque se está en una zona de "interregno", que se refiere a la antigua forma de hacer las cosas que ya no funciona, sin haber encontrado aún la nueva forma de funcionar. Señaló que el modelo adecuado es el bio-psico-social, no solo desde la atención primaria, secundaria y terciaria, sino también desde la promoción y prevención como modelo integrativo, meta nivel o un nivel multifactorial; de esta manera, el sistema no se instrumentaliza (Beck).

Si se mira nuestra historia, dijo, no cabe duda que la aplicación de políticas puede ser decisiva y diferenciadora en el desarrollo de ciertas profesiones, en especial aquellas que tienen un impacto en lo público. La psicología se encuentra en ese espacio y es importante destacar que el factor de cambio no depende exclusivamente de los psicólogos, sino de la voluntad inherente a la política, algo que les ha acompañado desde el inicio de esta profesión.

Destacó que Chile fue pionero en el ejercicio de la psicología. Chile fue el primer país de América Latina en integrar a la psicología oficialmente en el marco de la investigación y formación universitaria. Entonces es válido preguntarse a qué se debe

entonces que el ejercicio de esta profesión no tenga las condiciones mínimas y necesarias, con miras a lograr resultados significativos en relación a la atención adecuada de la salud mental en este país. En tal sentido, expuso un breve análisis multifactorial que podría explicarlo: modelo educacional universitario que permite apertura indiscriminada de carreras, con disímil calidad (en muchos casos, los programas de psicología no han estado a la altura de las necesidades de la sociedad chilena); falta de compromiso y participación en los asuntos gremiales, por la normativa impuesta en la década de los 80, con no obligatoriedad de la membresía a los colegios profesionales; tratamiento deficitario que el Estado da a la salud mental.

De acuerdo a datos proporcionados por el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible del Ministerio de Salud, y tal como se indica en el borrador de Plan Nacional de Salud Mental para el período 2016-2025, los problemas en este área constituyen la principal fuente de carga de enfermedad en Chile: 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. En el ámbito laboral, los principales síntomas o problemas de salud declarados por los trabajadores se refieren al ámbito de la salud mental, destacando la sensación continua de cansancio, con 30,3%, y el haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas durante los últimos 12 meses, con 21%.

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 en general. Estamos muy atrasados en esta materia.

Se inicia en un ambiente social vulnerable en materia de Salud Mental y no es extraño considerando las diversas expresiones de violencia que se dan cotidianamente. Lo curioso es que el Estado general, que incluye la gestión política, pareciera haber derivado a una suerte de "perplejidad". El sentido de la "perplejidad" se juega en dos extremos, a saber, la sorpresa y la parálisis: algo está pasando que nos acercarnos peligrosamente hacia una visión en que lo anómalo empieza a ser un "estado natural", aquel en el que termina imperando la resignación del mal menor. Condenan el femicidio, pero no se reacciona a tiempo ante la violencia sistemática; se resignan a los robos por el alivio de no sufrir agresión física; se escandalizan del "bulling" cuando termina en suicidio, sin embargo se usa las redes sociales en forma descarnada. Si la psicología es capaz de responder al desafío de cambiar esta situación al menos en parte, depende de muchos factores, pero aquí se requiere como condición *sine qua non* la firme y persistente decisión política.

Chile vive una situación preocupante de salud mental infanto-juvenil. La tasa de suicidios de la población ha aumentado significativamente en los últimos 20 años, alcanzando el mayor nivel entre los países de la OCDE. Por otro lado, dijo, Chile supera

ampliamente la prevalencia de suicidio de Latinoamérica y el Caribe, con 8,75 muertes por cada 100.000 habitantes. Además, cuando se habla de suicidio adolescente, la tasa de mortalidad chilena duplica a la existente en esas regiones.

La OMS ha realizado un llamado 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" 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. Considerando lo anterior, es válido preguntarse por qué en Chile aún no se dispone de una legislación respecto a la salud mental.

Agregó que la evidencia científica permite perfilar la población más vulnerable y sobre la cual deben focalizarse los recursos actuales y futuros. Dentro de las posibles causas, están la disfunción familiar, y la existencia de historial psiquiátrico familiar.

Con el fin de reformular políticas que han tenido resultado deficiente, en el año 2013 se ideó el Plan Nacional de Prevención de Suicidio, el cual propone reducir la prevalencia del suicidio juvenil al 15% para el 2020. Además, sugiere la creación de un sistema de estudio de casos, capacitación de profesionales de la salud e integración de programas de prevención en establecimientos educacionales. Sin embargo, llama la atención que esta propuesta no lleve consigo un aumento del presupuesto total en Salud Mental, que es muy bajo en Chile, teniendo en consideración la relevancia del problema como tópico de salud pública. Según datos de 2005, solo el 2% del presupuesto total de salud en el sector público es dirigido a salud mental. Es bajo, tanto si se compara con otros países latinoamericanos (Uruguay y Costa Rica, 8%), como con países desarrollados (Australia 9%, Suecia 11%).

Para analizar qué clase de mecanismos podrían ser implementados, a nivel normativo, para corregir tal déficit en inversión, resulta interesante atender el caso de Estados Unidos, país que desde el año 2008 cuenta con una ley de paridad de la salud mental y equidad de la adicción, que tiene por objetivo que las enfermedades mentales posean la misma cobertura que cualquier enfermedad física. Ese tipo de regulación disminuiría la carga financiera de las familias transformando en más viable el éxito de un tratamiento. Aclaró si, que el aumento de la inversión debe ir en paralelo con una sistematización y racionalización de la institucionalidad pública en materia de salud mental. Además, es indispensable incentivar la investigación en salud mental, transferir el conocimiento científico en políticas públicas y evaluar el impacto del modelo social-económico actual en el bienestar psicosocial de la población. Ello implica, también, la urgencia de establecer una carrera funcionaria para los profesionales de la psicología en

el marco del sector público en el país, algo que no debería ser considerado una demanda gremial, sino una parte integral de una política pública.

Desde el punto de vista de las políticas públicas, destacó el desarrollo de un diseño adecuado de la institucionalidad vinculada a la salud mental, considerando las estructuras administrativas desde la coordinación multisistémica de los diferentes actores que funcionan detrás de los problemas de salud mental y discapacidad, incluidos el consultante y su familia.

Para que el enfoque de la salud mental como tópico de salud pública sea exitoso, dijo, es fundamental considerar el respeto y la dignidad del derecho a capacitación, entrenamiento y los adecuados recursos para los profesionales que trabajan en el sistema de Salud, que no dan a abasto ante una demanda creciente de la población.

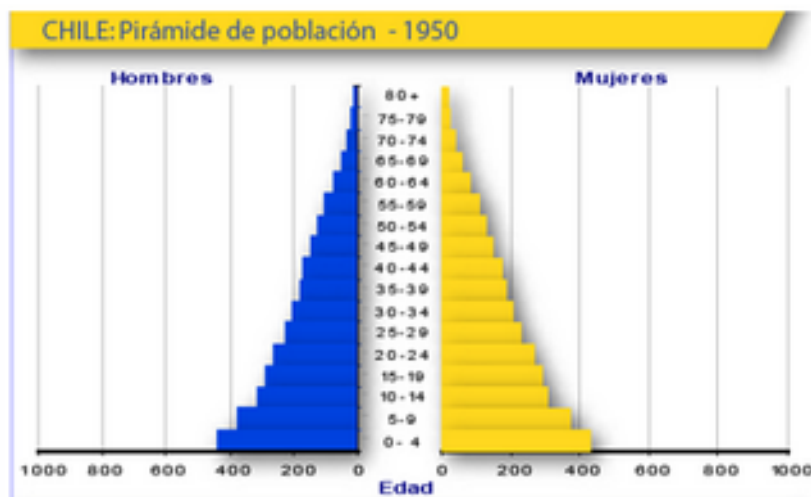
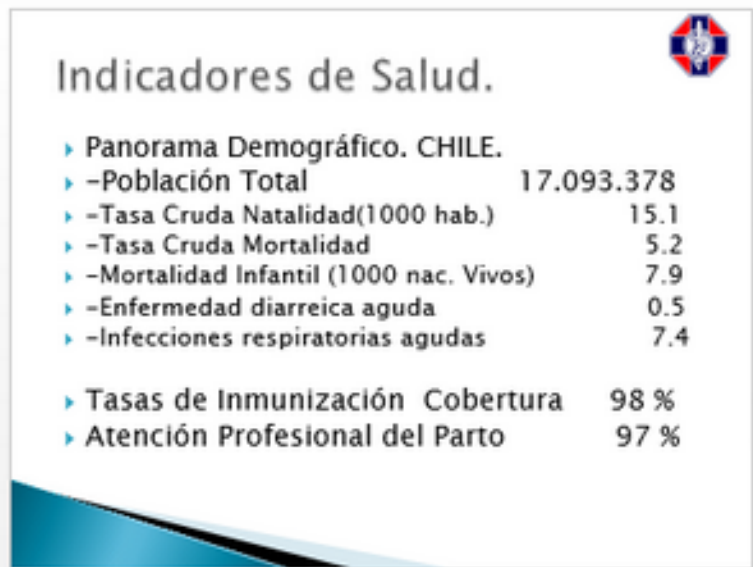
El proyecto de ley aborda el derecho a recibir un tratamiento personalizado que resguarde una esfera de intimidad, autonomía decisoria y vida privada del paciente, no obstante, habría que abordar también cierta preocupación por el seguimiento a esos tratamientos. Es común que en sectores medio bajos, por ejemplo, las terapias antidepresivas no tengan continuidad porque se hace insostenible cubrir la medicación o no hay quien haga seguimiento al paciente. No se asegura que estas enfermedades sean cubiertas como un problema crónico ni se da el suficiente soporte de trabajo social a las familias. Al parecer, no hay estudios sobre los efectos de tratamientos interrumpidos, pero hay casos que terminan en suicidio. Si se habla de derechos, el Estado debiera tener un rol más proactivo en esta materia, junto con el servicio social de los municipios. El punto es que esto no es solo un problema médico, tiene un componente sistémico. La asistencia a trastornos mentales con una base de atención continua es imprescindible considerarla.

Finalmente, se refirió a las condiciones laborales de los psicólogos. Mencionó que el colegio de psicólogos no tiene cifras de la rotación laboral de estos profesionales que trabajan en el sistema público y privado. En relación a la salud mental y discapacidad, es claro que si se cambia de profesional cada cierto tiempo, es difícil hacer un seguimiento sistemático tanto del paciente o consultante, como de su familia, su inserción laboral y sus posibilidades reales de acuerdo a su discapacidad. Hay que preocuparse de la estabilidad de las condiciones laborales de los profesionales que atienden este problema, es un paso necesario e imprescindible para asegurar una atención continua a los trastornos mentales.

**--- Presidente del Colegio Médico, Sr. Enrique Paris.** Señaló que en 2014 la OMS, en una línea estratégica mundial, contempló formular leyes nacionales de salud mental acorde a los instrumentos internacionales de derechos humanos. Desgraciadamente, el 2,1% del presupuesto de salud está destinado a las enfermedades

mentales en Chile. Indicó que el Dr. Larraín propone ir aumentando este porcentaje hasta llegar a un mínimo de 5% en el futuro.

Como imagen general de lo que ocurre en Chile, exhibió el siguiente cuadro estadístico:



Según la variación demográfica del país, las imágenes muestran la evolución de la población hacia el 2050. La cantidad de adultos mayores, niños y adolescentes es prácticamente la misma, por tanto, el esfuerzo que tendrán que hacer los habitantes de Chile en edad laboral va a hacer enorme para sostener a todos los adultos mayores.

Estimó que para el 2050 la población mayor de 70 años superará el 45% a los menores de 10 años, y habrá más adultos mayores de 80 años que niños menores de 4 años. El mayor aumento de población de hoy al 2050 se producirá categóricamente en los tramos de edad que van de los 50 a los 80 años, disminuyendo dramáticamente la

población de los menores de 30 años. Por eso, destacó, la importancia de una reforma previsional, puesto que los mayores de 30 años tendrán que sostener a los adultos mayores de 80.

Hizo saber que, como entidad gremial, interesa fortalecer la investigación interdisciplinaria en enfermedad de alzheimer y otras demencias, desde la investigación básica hasta la investigación en ciencias sociales, e incorporar al debate y trabajo a las sociedades científicas.

Propuso: Crear un Centro Nacional de investigación en salud mental; crear un fondo estatal para la investigación en enfermedades mentales y otras demencias; impulsar la cooperación público-privada para fomentar la investigación; fomentar la colaboración internacional para la investigación en enfermedades mentales; estimular la formación de investigadores en neurociencias básicas, neuropsicología, neuroimagenología, epidemiología y aspectos socio-sanitarios de la enfermedad; formar y capacitar recursos humanos en el diagnóstico y tratamiento de pacientes; establecer programas de post grado; contribuir a capacitar personal para diagnóstico y tratamiento de pacientes con demencia, tanto nuevo como existente; formación de neuropsicólogos y de personal de la salud no médico (cuidadores, auxiliares de enfermería, asistentes sociales); formación médica, para el área de demencia en la carrera de medicina; profesiones de la salud no médicos (enfermeras, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, fonoaudiólogos); capacitación de cuidadores en la atención de pacientes con demencia; capacitación en demencias de los profesionales médicos y no médicos para atención primaria; capacitación de recursos humanos no sanitarios que intervienen con pacientes con demencia (abogados, asistentes sociales y arquitectos).

Finalmente, valoró esta iniciativa legal, e hizo un llamado para armonizar la normativa nacional.

**---** **Neuróloga, especializada en salud mental, del Colegio Médico, señora Andrea Slachevsky,** recalcó la importancia de una ley de salud mental que sea inclusiva y se enfoque en todos los problemas asociados a disfunción o lesiones cerebrales. También destacó la función de los arquitectos en caso de demencia, ya que una ley de salud mental no debe incluir únicamente a los profesionales de la salud sino que también la inclusión de las personas, desde el punto de vista laboral y educacional. Señaló que no puede haber una buena ley, si no se desarrollan todos los sistemas de apoyo para que las personas puedan desarrollar una vida lo más integrada posible. Lo contrario, indicó, sería un error, ya que finalmente se tendría gente que se va a sentir mejor, pero que no va a tener la posibilidad de insertarse en la sociedad.

--- **Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad Católica de Chile, Subdirector de Especialidades Médicas, señor Matias González.** Señaló que esta iniciativa responde al anhelo que han tenido muchos pacientes y familiares de pacientes, y grupos de médicos que trabajan con pacientes con problemas de salud mental.

Indicó que la salud mental se puede definir como un estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla su potencial, puede lidiar con el estrés normal de la vida, lograr un desarrollo laboral productivo y provechoso, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Tal concepto es el resultado que se espera de todos y, en especial, de los pacientes que son tratados mentalmente.

Por qué el tema de salud mental es relevante para Chile. Porque es un componente históricamente rezagado en políticas de salud. Asimismo, ha habido una escasa presencia en planes y programas y no ha sido incorporado con énfasis adecuados en políticas de salud. Esto, dijo, a pesar de que la información disponible en Chile sobre salud mental implica alta prevalencia de enfermedades y problemas en este ámbito que, quizás, ha sido opacada por la hegemonía de enfermedades crónicas tradicionales. Afirmó que esto es una paradoja porque la mayoría de los problemas de salud mental coexisten frecuentemente con pacientes que sufren enfermedades crónicas y viceversa.

Desde el punto de vista del impacto social que esto genera, la prevalencia de enfermedades mentales es altísimo en Chile; los trastornos mentales y del comportamiento son una causa prevalente de carga por enfermedad y se estima que con el tiempo este impacto será aún mayor.

Hizo saber que es importante el tema de la salud mental, y si éste no se aborda en políticas, planes y programas va a existir poca influencia en el control, y su tendencia podría perpetuarse.

Otro tema que le parece relevante es la escasa cobertura en aspectos de protección de derechos fundamentales. Asimismo, los problemas de salud mental satisfacen ampliamente criterios para constituirse en problemas de salud pública. Por lo anterior, le parece pertinente que la intervención estructural en salud mental esté puesta en el contexto de disponer de una métrica adecuada que visibilice mejor el problema. Saben que la salud mental tiene un vínculo con los determinantes sociales que sugiere una inclusión de salud mental en todas las políticas de salud y que existe evidencia comparada que afirma que legislar conlleva bienestar. Piensa, asimismo, que hay un imperativo ético que se vincula con los derechos humanos, como asimismo, compromiso país con los acuerdos internacionales suscritos y ratificados por Chile.

Por último hizo una propuesta para una ley de salud mental cuyos aspectos fundamentales los resumió en el siguiente cuadro:

<b>1. Alternativa lo menos restrictiva</b>	Propender a utilizar tratamientos ambulatorios insertos en la comunidad
	Ingreso involuntario, en circunstancias excepcionales e incluir procedimientos necesarios para proteger derechos del paciente Requisitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un <i>psiquiatra legalmente</i> reconocido debe hacer el diagnóstico de un trastorno mental;</li> <li>• Profesional convencido que el trastorno mental representa alta probabilidad de daño inminente a sí mismo o a otros, o que este trastorno somete al paciente a un riesgo evidente de deterioro de su condición</li> </ul>
<b>2. Confidencialidad</b>	Toda la información y registros médicos que tengan relación con el paciente serán debidamente resguardados
	Prevenir la divulgación, la evaluación o transmisión de esta información sin el consentimiento del paciente o de su representante legal
	Divulgación sólo en circunstancias muy excepcionales y definidas

ELEMENTOS	
<b>3. Consentimiento válido</b>	Consentimiento informado y válido: piedra angular del tratamiento de trastornos mentales e incorporado en la legislación de Salud Mental
	<b>Criterios para consentimiento válido:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente competente y capaz de otorgar el consentimiento</li> <li>• Consentimiento obtenido libremente sin amenazas o coerción</li> <li>• Información entregada; apropiada en relación a las características del tratamiento, sus beneficios, métodos, duración y propósito, efectos secundarios, dolor y molestias</li> <li>• El paciente debe conocer las posible otras alternativas de tratamiento especialmente aquellas menos intrusivos, considerando la evidencia científica</li> <li>• Entrega de información comprensible para el paciente</li> <li>• Derecho del paciente a rechazar o detener el tratamiento. Las consecuencias de esta acción deben quedar claramente establecidas</li> <li>• Los menores de edad requieren de provisiones específicas</li> </ul>

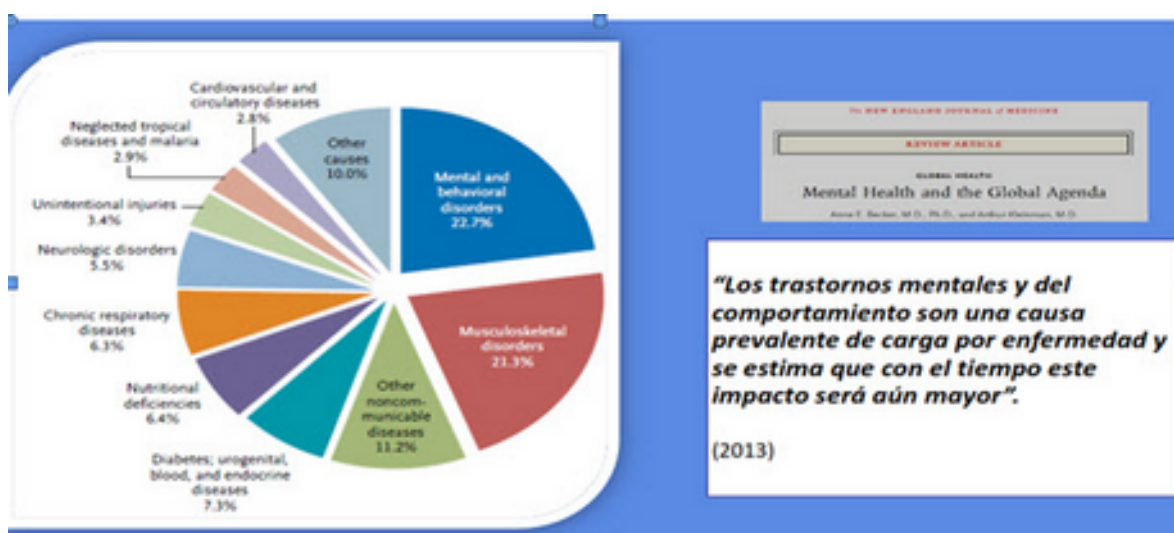
<b>4. Ingreso y Tratamiento Voluntario e Involuntario</b>	La ley debe promover que, en circunstancias en que se requiere de una hospitalización psiquiátrica, ésta sea voluntaria
	<p>Sólo en circunstancias excepcionales la ley permitirá el ingreso involuntario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Él o los profesionales autorizados y validados por la ley objetiva un trastorno mental según estándares internacionales</li> <li>▪ Hay un riesgo de daño a sí mismo o a otros, y/o un deterioro inminente de la condición del paciente</li> <li>▪ La ley debe proveer procedimientos específicos para proteger los derechos de los pacientes (casos especiales como psicocirugía o explicitación de efectos adversos a fármacos)</li> </ul>
<b>5. Tratamiento involuntario en la comunidad</b>	Modelos actuales de atención en SM :aumentan demanda de atención de pacientes con trastornos mentales en la comunidad
	Proceso de desinstitucionalización parcialmente exitoso, el cual ha planteado nuevos problemas
	Ley debe incorporar provisiones específicas para el tratamiento en la comunidad, en particular cuando este reviste la condición de involuntariedad
<b>6. Mecanismos periódicos de revisión</b>	Proveer mecanismos de evaluación periódica en todas las instancias que afectan la libertad o integridad de las personas que sufren un trastorno (Declaración de Naciones Unidas, 1991)
	Revisiones a realizarse en intervalos razonables, que den cuenta de la necesidad de verificar que se estén dando cumplimiento a las normativas y requerimientos de atención propuestos
	Evaluaciones realizadas por equipos multidisciplinarios (profesionales de Salud Mental, área legal y representantes de agrupaciones de familiares y pacientes)
	Proceso debe contar con adecuado financiamiento
<b>7. Competencia o capacidad</b>	Debe incorporar la definición de competencia, lo que no necesariamente es una condición asociada a problemas de Salud Mental, que debe distinguirse de la capacidad civil

--- Profesora asociada de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, señora Paula Repetto. Al inicio de su exposición señaló que la salud mental es un estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla su potencial, puede lidiar con el estrés normal de la vida, lograr un desarrollo laboral productivo y provechoso, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, luego de lo cual agrego que “*No health without mental health*”.

*Por qué el tema de la salud mental es importante en Chile.* Porque es un componente históricamente rezagado en políticas de salud, con escasos planes y programas.

La información disponible en Chile sobre salud mental dice relación con: alta prevalencia de enfermedades y problemas de salud mental, hegemonía de enfermedades crónicas tradicionales (EC), importante co-morbilidad entre problemas de salud mental y enfermedades crónicas, se asocia a resultados de salud, y no se aborda de manera integral.

Exhibió el siguiente cuadro estadístico, en referencia a la carga global de años de vida vividos con discapacidad:



Sostuvo que los problemas de salud están concentrados en enfermedades crónicas, las que muestran una situación estable en el tiempo. Cuando esto ocurre, y hay políticas nacionales diseñadas para el control de estas enfermedades, la estabilidad de estos indicadores no constituye un éxito.

En cuanto a la prevalencia en salud mental, mencionó unas estadísticas: 31,5% prevalencia de vida, 22% en los últimos 12 meses, 3,3% trastornos graves, 48% accede a tratamiento, y 20,4% subsidios de incapacidad laboral de beneficiarios de Isapre.

Hizo saber que los problemas de salud mental, hoy día, satisfacen ampliamente criterios clásicos para constituirse en problemas de salud pública. Los elementos clásicos son magnitud, frecuencia, tendencia, proyección, impacto social de sus efectos, efectos en la esfera económica, y sensible (vulnerables) a intervenciones que modifican su historia natural.

Es pertinente y necesaria la intervención estructural en salud mental para visualizar mejor el problema, para que exista vínculo entre salud mental y los determinantes sociales que permitan incluir la salud mental en todas las políticas de salud, porque hay evidencia comparada en que legislar conlleva bienestar, porque es un

imperativo ético desde la perspectiva de salud pública y derechos humanos y, finalmente, porque evidencia un compromiso del país en cumplir los compromisos internacionales.

Su propuesta para una ley de salud mental, la hizo a través de unos cuadros, que coinciden con los mostrados por el exponente anterior.

**--- Profesor asociado de Psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile, señor Jorge Calderón.** Indicó que las iniciativas en estudio captan el centro neurálgico del problema, pues en Chile sucede un hecho inédito, pero no reconocido, en donde existe una instancia donde una persona es privada de libertad sin que haya una participación de organismos judiciales ni un mecanismo de revisión de esa decisión.

Piensa que mientras no se resuelva ese problema, es difícil, construir regulaciones más complejas que requieran vinculaciones intersectoriales si es que no se resuelve el hecho concreto y básico que el paciente con trastorno mental, hoy día, no es un sujeto de derecho desde el punto de vista de sus derechos humanos básicos.

Afirmo que esto está recogido en las iniciativas en estudio y ello es muy rescatable y básico.

**--- Profesora de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, señora Fabiola Lathrop.** Inició su intervención haciendo un paralelo entre ambos proyectos de ley. Sobre el particular, indicó que ambos proyectos tienen muchas similitudes, pero con algunas precisiones en uno de los proyectos sobre algunos de los temas, y con otras precisiones, en el otro: en cuanto al objeto, a conceptos, al consentimiento informado requerido, al catálogo de derechos, entre otros temas.

En cuanto al contexto legislativo nacional y estándares internacionales, indicó que ambos proyectos colaboran decididamente en la adecuación de la normativa chilena a los estándares internacionales de Derechos Humanos en materia de salud mental. Ambos proyectos definen conceptos asociados a ella, regulando el consentimiento informado, promoviendo la atención de carácter interdisciplinario, y abordando el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales, con enfermedad mental y con discapacidad mental; se avanza en un específico aspecto de la protección de los derechos humanos de estas personas, esto es, de su derecho a la libertad personal, seguridad individual, integridad física y psíquica, y a la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes; ello, toda vez que se centra en aspectos de la internación de las personas que el proyecto denomina con enfermedad mental o discapacidad mental.

A su juicio, esta opción legislativa es adecuada en consideración a la urgencia que esta última cuestión presenta. Abordar en términos integrales la protección

jurídica de la salud mental y de la discapacidad intelectual constituye un desafío que el Estado debe asumir. Es necesario avanzar hacia un marco normativo amplio que contenga estándares generales, institucionalidad, recursos y garantías amplias para la protección del derecho a la salud mental, incluida la discapacidad intelectual; es necesaria una ley de salud mental amplia que cree un “Sistema de Protección Integral para la Salud Mental en Chile”, como lo hacen los países que tienen dichas normas y estructuras. Sin embargo, el cumplimiento de esta obligación del Estado no es incompatible con el establecimiento de un estatuto protector especial de ciertos derechos, que requiere una regulación más pormenorizada, que puede y debe asumirse en forma inmediata. En este sentido, estudios señalan que sólo una minoría de países en nuestra región cuenta con legislación especial en salud mental de comienzos de este siglo. La ley más particular y reciente adoptada es la de Argentina de 2010, que responde a un modelo comunitario de atención.

Los proyectos de ley en estudio tienden a adecuarse a las directrices básicas aprobadas en las convenciones internacionales, y de las cuales Chile forma parte.

*Algunos aspectos oscuros.*

- El proyecto presupone que la internación involuntaria debe estar debidamente fundada, pero no queda claro quién debe fundarla (¿el equipo de salud?); asimismo, no se señala expresamente desde cuándo se cuenta el plazo de doce horas establecido en el artículo 12 (desde la internación propiamente tal o desde que el equipo médico la decide); no se señala un método de notificación al juez; por último, no queda claro cuál es el órgano revisor.

- Por su parte, si bien hay referencia a ambos tipos de internaciones, consagrando el derecho 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, no queda claro el procedimiento al cual debe ajustarse el conocimiento judicial de la internación voluntaria prolongada. Esto, pues el artículo 11 señala que la internación involuntaria afecta el derecho a la libertad personal, de modo que deberá ser autorizada y revisada por la Corte de Apelaciones respectiva, de acuerdo a lo establecido en el artículo 21 de la Constitución", sin señalar claramente qué órgano ni bajo qué procedimiento conoce de la internación voluntaria prolongada. El tribunal competente (entendemos para conocer de ambos casos de internación cuando corresponda) es la sala de la Corte de Apelaciones respectiva en conformidad a su funcionamiento ordinario o extraordinario, aun cuando el proyecto Espejo refiere al "juez" de dicha Corte (el Informe de la Corte Suprema hace ver que dicha alusión es errónea pues no corresponde que conozca un ministro de Corte en calidad de juez unipersonal); la cual deberá sustanciar la autorización y revisión de la internación involuntaria conforme se conoce el recurso de amparo. Al respecto, no queda clara la competencia relativa: qué

debe entenderse por Corte de Apelaciones 'respectiva' ¿el lugar donde se encuentra la persona internada?

- Cabe tener en cuenta la situación del derecho a defensa de la persona internada, así como la posibilidad de reclamar de la internación y solicitar la externación, se refiere también a aspectos procedimentales. En efecto, de esta norma se desprende que el procedimiento judicial que el proyecto Espejo prevé para estos dos últimos casos (reclamo de la internación y solicitud de externación) es el contenido en el Auto Acordado del Recurso de Protección. Con respecto a este artículo 13, recomendó separar lo relativo al derecho a la defensa - que podría ubicarse en el catálogo de derechos del artículo 7- de las reclamaciones de internación y solicitudes de externación. Asimismo, debiera aclararse a qué se refiere con que el juez deberá garantizar un proceso contradictorio "de ser necesario": ¿a que en ciertas situaciones puede no abrir debate sobre la internación? ¿cómo se concilia con el procedimiento de la acción de protección a que alude también? ("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.")

- En cuanto a la internación involuntaria, las condiciones para su procedencia parecen ser las siguientes: que no sea posible un tratamiento ambulatorio, que exista una situación real de riesgo cierto e inminente para el paciente o para terceros, que exista un dictamen profesional del servicio asistencial, y que no exista alternativa eficaz para el tratamiento.

A su juicio, para intensificar la protección de los derechos de los pacientes, podrían agregarse las siguientes condiciones de internación (que se desprenden de otras partes del proyecto): que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados, que la internación tenga una finalidad exclusivamente terapéutica, y que sea por el menor tiempo posible.

En cuanto a la internación voluntaria prolongada, se obliga a que el juez evalúe si la internación voluntaria sigue siendo tal, cuando ella se prolonga por más de sesenta días.

Respecto a la externación, se requiere que el equipo de salud o la Comisión Nacional de Protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales, dictaminen la externalización, o su transformación, apenas cambie la situación de riesgo cierto e inminente. Podría presentarse el problema si es que ambas entidades no se ponen de acuerdo: se opta por la que restrinja menos la libertad del paciente?, y quién lo decidirá, la autoridad administrativa o el juez?

*Aspectos ausentes y perfectibles.*

- La iniciativa debe considerar explícitamente la noción de discapacidad intelectual. Esta es una específica forma de discapacidad que se diferencia de la

discapacidad psiquiátrica. En este sentido, debe revisarse el título de la ley y sus conceptos claves, de manera de rechazar frases como "enfermedad mental 'o' discapacidad mental", pues la discapacidad intelectual NO es una enfermedad; es, en el peor de los casos, una condición y, en el mejor (a la luz de la convención), una posición en la que se encuentra una persona, una diferencia.

- En materia de capacidad se advierten falencias: se confunde capacidad jurídica con capacidad mental. En este sentido, la observación general N° 1 del Comité, a propósito del artículo 12 de la Convención, señala que "La capacidad jurídica y la capacidad mental son conceptos distintos. La capacidad jurídica es la capacidad para ser titular de derechos y obligaciones (capacidad legal) y de ejercer esos derechos y obligaciones (legitimación para actuar). Es la clave para acceder a una participación verdadera en la sociedad"; para luego agregar que en virtud del artículo 12 de la Convención, los déficits en la capacidad mental, ya sean supuestos o reales, no deben utilizarse como justificación para negar la capacidad jurídica; debiese incorporarse la obligación del Estado de proporcionar el acceso al apoyo para que las personas con discapacidad tomen decisiones con efectos jurídicos. Asimismo, se requiere mayor claridad en este artículo sobre la presunción de capacidad. Ella debe incluir también la presunción de competencia, así como la regulación de las hipótesis de excepción (en especial, respecto a cómo se acreditan estas excepciones. Por su parte, dicha presunción debe incluir no solo a los adultos sino a todas las personas, evitando que los niños y niñas, especialmente los adolescentes, queden fuera de la protección de la ley; esto, teniendo en cuenta que el proyecto de ley de sistema de garantías de los derechos de la niñez considera como su sujeto de protección al 'niño', entendiendo por éste a todo ser humano menor de 18 años (artículo 1, votado en particular en la Comisión de Familia y Adulto Mayor). Una solución podría señalar que todas las personas son competentes para dar consentimiento informado válido y que, en el caso de los niños, se deberá considerar su opinión teniendo en cuenta su edad y madurez. A mayor abundamiento, debiera incluirse el deber del Estado de asegurar que todos los niños con discapacidad gocen plenamente de sus derechos.

Añadió que, para evitar utilizar la frase "como regla general" y "a menos que" -que quitan peso a la presunción de capacidad y competencia- debiera considerarse en un artículo aparte las hipótesis de excepción. En este último sentido, aclaró que en los casos en que se "acredite", conforme a estándares de carga de la prueba la incompetencia de la persona, no desaparece la capacidad; esta persona debe ser debidamente acompañada, apoyada por quien corresponda, para evitar así abrir paso fácil a la sustitución del consentimiento.

- En materia de consentimiento, necesario reforzar el rechazo al uso directo e indiscriminado del consentimiento por sustitución.

- Debe reforzarse la protección del derecho a la libertad personal a través de un reconocimiento claro y expreso, así como una mayor precisión de las condiciones para privar de libertad y las condiciones que deben darse mientras ella tiene lugar.

- Debiera estudiarse la posibilidad de regular la situación de los llamados "pacientes que no protestan", es decir, pacientes que debido a su estatus de salud mental no están en condiciones de prestar su consentimiento para el tratamiento y/o el ingreso, pero que no rechazan las intervenciones de salud mental.

*Aspectos mejorables de técnica legislativa.*

- Se advierte cierto desorden en el tratamiento de las materias: se pasa de la regulación de la internación involuntaria a la voluntaria, para luego volver a la involuntaria.

- Debe uniformarse el contenido y denominación de ciertos conceptos o figuras de orden técnico. Por ejemplo, en el artículo 8, sobre prescripción de medicación, se utiliza la voz "padecimiento mental", que debiese armonizarse conforme a los conceptos establecidos previamente en los artículos 1 y 2. En este sentido, debe evitarse hablar de trastorno, enfermedad, "estado de lucidez" y de "incapacidad mental severa". Con respecto de esta última noción, se señala "incapacidad mental severa que deteriore el juicio y raciocinio calificada por los tribunales competentes": al respecto, ¿será mediante un procedimiento especial? ¿qué se entenderá por tribunal competente? ¿el que conoce acerca de las internaciones voluntarias prolongadas e involuntarias? Por último, debe sustituirse la frase "sujetos cognitivamente impedidos", por ejemplo, por "personas con discapacidad intelectual".

- No es necesario enumerar los instrumentos internacionales que inspiran el proyecto, puesto que estos son especialmente variables en el tiempo; agotar su listado podría ser contraproducente (artículo 1 proyecto Espejo).

- La obligación del juez de notificar a los organismos que se señalan hacia el final del artículo 11, debe ir indicada en un inciso final separado (no como parte del literal c).

**--- Profesora de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Chile, señora Ángela Vivanco.** Expuso las dos grandes razones que, a su juicio, hacen necesario legislar sobre salud mental en Chile.

La primera, porque existe dispersión jurídica y no se cumple con los estándares. Los cuerpos legales para el cuidado de pacientes con trastornos mentales está disperso en la Constitución Política, en los códigos Sanitario, Penal, Civil, en decretos, en la ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes (Julio 2012), en decreto N° 570 sobre Código de Hospitalización para instituciones y pacientes con trastornos mentales (Enero 2001), entre otros. Algunas de dichas normas son

incompletas ante la complejidad del problema o presentan regulaciones que no cumplen con los estándares internacionales o aceptables en la perspectiva de la cautela de los derechos fundamentales.

La segunda, porque no hay compatibilidad de la legislación dispersa chilena con los tratados internacionales ratificados y vigentes en Chile. Para ello, dijo, se requiere alinear nuestro marco jurídico con los compromisos internacionales asumidos por Chile, que constan en las convenciones sobre derechos de Personas con Discapacidad, de los niños, y en aquella contra toda forma de discriminación e intolerancia suscrita por Chile, pero aún no ratificada.

También, hizo mención de algunos problemas que se evidencian en salud mental. El desarrollo de los derechos fundamentales de las personas que presentan trastornos mentales no goza de solidez ni de mecanismos adecuados de protección en las leyes existentes. De hecho, las leyes vigentes contienen gran cantidad de facultades de los representantes, sin distingos en materia de competencia, dejando su procedencia a un criterio médico no explicitado. Tampoco hay sistema objetivo de evaluación de competencias en decisiones sobre cirugías u otros procedimientos invasivos de estos pacientes. Respecto de la hospitalización no voluntaria; no se establecen límites de tiempo, ni referencias a la competencia del paciente, dejando la decisión en el médico tratante. En cuanto a las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica; se otorgan facultades muy amplias y sin mayores medidas de protección respecto de los derechos del paciente.

*Premisas básicas requeridas.* Mencionó las siguientes:

La salud mental es parte indispensable del derecho a la protección de la salud y del derecho a la integridad psíquica del sujeto (artículo 19 números 9 y 1 de la Constitución). El paciente en salud mental es especialmente vulnerable, por lo que se requiere un cuidado reforzado de sus derechos, en materias fundamentales como consentimiento informado, confidencialidad, cautela ante discriminación arbitraria. Es necesario recoger criterios científicos de competencia por sobre los tradicionales de capacidad civil. Se requiere propender a utilizar tratamientos ambulatorios insertos en la comunidad pues no puede ser condición del paciente en salud mental la pérdida de la libertad personal. En tal perspectiva, el ingreso involuntario debe ocurrir en circunstancias excepcionales e incluir procedimientos necesarios para proteger derechos del paciente.

*Aspectos que destacó en los proyectos en estudio:*

- Enfatizan el ámbito de los derechos fundamentales del paciente en salud mental, lo cual le parece la correcta dimensión del tema

-Se define (en el Boletín 10.755-11) enfermedad mental y discapacidad mental, lo cual no aparece hoy en el Derecho chileno.

- Se enmarca la normativa dentro de los instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos y, en particular, sobre discapacidad, lo cual era un compromiso no cumplido por parte de Chile en esta materia.

- Se establece la necesidad de personal debidamente capacitado y acreditado en la materia, lo cual es indispensable para evitar la vulneración de derechos.

- Se explicitan los principios de consentimiento informado y confidencialidad respecto del paciente en salud mental, los que consideran de primer orden.

- Se regula la internación y prescripción de medicamentos, asociándolos a reales beneficios terapéuticos y declarando la excepcionalidad del primero, como asimismo su revisión judicial, particularmente en el caso de la internación involuntaria.

- Se establecen obligaciones prestacionales respecto al paciente en salud mental, que aseguran la calidad y pertinencia del servicio.

*Aspectos que, a su parecer, requieren revisión.* La intervención de la Corte de Apelaciones en los procedimientos de internación (artículo 11 del segundo proyecto), aplicando el artículo 21 de la Constitución (recurso de amparo) requiere mayor desarrollo en lo referido a la exactitud del procedimiento, del requerimiento o de oficio, etc. Ello entra en contradicción con la remisión al recurso de protección invocado en el artículo 13 (también del segundo proyecto).

También, se requiere de un mayor desarrollo de la intervención de familiares y guardadores en el cuidado del paciente en salud mental, como asimismo las condiciones y alcance de la representación de sus derechos.

**--- Profesora de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, señora Alejandra Zúñiga.** Expuso que 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 con enfermedades mentales. Su importancia como eje central en el diseño de políticas públicas de salud se refleja en el lema propiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a considerarla en el diseño de todas las políticas ("No health without mental health"), que pone de relieve la relevancia que la Salud Mental tiene en el concepto de "perdida de salud". Desatender los trastornos mentales se traduce en un perjuicio directo para la salud global de la población

Indicó que en Latinoamérica, ya hacia el año 2005, el 75% de los países contaban con legislación sobre la materia, en cambio, la normativa vigente en Chile contraría los estándares básicos de protección de derechos humanos fijados por la Organización Mundial de la Salud y por Naciones Unidas. Recalcó que cuando se habla de vulneración de derechos humanos de personas con discapacidad o con enfermedad mental, se aboga por la protección de derechos de alto porcentaje de chilenos.

*Hizo un análisis y fundamentos del proyecto, que propone cuatro temas basados en objetivos básicos: capacidad legal, tratamientos invasivos e irreversibles, internación involuntaria, y estándares mínimos de atención.*

En cuanto a la capacidad, indicó que estas personas deben ser tratadas como capaces para tomar sus decisiones, actuando personalmente o representadas. Se basó para ello en lo dispuesto en el artículo 28 de la ley N° 20.584, analizado conforme a lo dispuesto en el artículo 1477 del Código Civil.<sup>34</sup>

Indicó que esta iniciativa busca corregir la situación actual, introduciendo en Chile la idea de la autodeterminación de las personas con discapacidad o con enfermedad mental por medio de la toma de decisiones y participación con apoyo necesario para la comunicación de preferencias sobre la base del derecho a tomar decisiones sobre cuestiones significativas para sus propias vidas. Ello exige considerar que bajo ninguna circunstancia las personas con discapacidad intelectual serán consideradas totalmente incompetentes para tomar decisiones en razón de su discapacidad. Solamente bajo circunstancias extraordinarias, el derecho de esas personas a tornar sus propias decisiones puede ser legalmente interrumpido... La

<sup>3</sup> En este aspecto, dijo, la ley N° 20.584, dispone en su artículo 28 que: "*Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participaren una investigación científica. En los casos en que se realice investigación científica can participaci6n de personas con discapacidad psíquica o intelectual que tengan la capacidad de manifestar su voluntad y que hayan dado consentimiento informado, además de la evaluación ético científica que corresponda, será necesaria la autorización de la Autoridad Sanitaria competente, además de la manifestación de voluntad expresa de participar tanto de parte del paciente como de su representante legal*"

<sup>4</sup> Señaló que esta norma debe ser interpretada a la luz del artículo 1447 del Código Civil que distingue entre personas dementes y disipadores calificando a los primeros de incapaces absolutos y a los segundos de incapaces relativos si se hallan bajo interdicción de administrar sus bienes. "*Comprende la ley en la palabra demencia la enajenación mental bajo todas las formas en que pueda presentarse y en todos sus grados, cualquiera que sea el nombre que se le de. Somarriva, por su parte, señala que "la expresión demente la toma nuestro Código en un sentido amplio, comprendiendo toda alteración mental que prive de razón a un individuo. Claro solar considera que "la palabra 'demente' o 'loco' significa en el Código Civil aquella persona que está con sus facultades mentales alteradas, que padece de una enfermedad mental, cualquiera que sea su denominación técnica o sus características patológicas. Añadió que si bien podría pensarse que esta norma se aplica a cualquier discapacitado mental, surge de la historia de la ley así como de su texto que se refiere, básicamente, a quienes padecen algún tipo de discapacidad mental permanente, como la oligofrenia, retardo mental o síndrome de Down. De este modo, con independencia de sus capacidades, en la legislación chilena una persona con síndrome de Down es considerada, de hecho, como incapaz absoluto. Así, para el demente, la libertad personal es una regla con excepciones "en los casos en que sea de temer que usando de ella se dañe a sí mismo, o cause peligro o notable incomodidad a otros" (artículo 466 inc. 1° Código Civil).*

*Por ello, el artículo 28 de la ley N° 20.584 ha sido interpretado par la comunidad científica como uno que impide de manera absoluta considerar la voluntad de una persona con Síndrome de Down, negándose a que participe incluso bajo las reglas generales que se aplican al resto de las personas que, por distintas razones, pueden requerir considerar su voluntad por medio de un representante legal, como los menores de edad, los disipadores, etc. Luego, se trata, de un caso evidente de discriminación injustificada pues la existencia de un trastorno mental no debiera implicar automáticamente la incapacidad de tomar decisiones. En este sentido, la ley debería determinar procedimientos explícitos para la valoración de la competencia, estipular cuales son las autoridades apropiadas para determinarla y perfilar las acciones que deberían llevarse a cabo si se juzga a una persona incompetente.*

*La Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) establece en su artículo 1° que su propósito es "promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente", incluyendo en este grupo a las personas que "tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones can las demás". En su calidad de órgano específico el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) ha interpretado la disposición relativa al igual reconocimiento ante la ley (artículo 12° de la CDPD) considerando que los Estados parte están obligados a incorporar disposiciones clave para brindar soporte a los regímenes de apoyo a la toma decisión, entre ellas, incluir nuevos indicadores no discriminatorios en la evaluación de la capacidad mental.*

autoridad debe establecer, con evidencias claras y convincentes, que se han brindado los apoyos apropiados y se han considerado todas las alternativas menos restrictivas antes de nombrar un representante personal que otorgue el consentimiento sustitutivo.

*En cuanto a los tratamientos invasivos e irreversibles*, mencionó la prohibición de su realización sin el consentimiento del paciente o de su representante legal. Se prohíben los procedimientos no consentidos de esterilización.

Indicó que la actual legislación vulnera los derechos a la vida e integridad física y psíquica de las personas por medio de la realización de tratamientos invasivos e irreversibles -como la esterilización con fines contraceptivos o psicocirugía- que es posible realizar en Chile aun cuando el paciente no haya manifestado su voluntad, pues se permite sin que medie un sistema objetivo de medición de competencias.<sup>5</sup> Ello es contrario a los compromisos internacionales adoptados por Chile en el artículo 23 N° 1 letra b) de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, que exige a los Estados que se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos. El tema se estaría subsanando en el proyecto de ley en estudio.

*Respecto a la internación involuntaria*, se propone exigir la autorización judicial, así como la obligación de supervisión judicial periódica de la corrección legal y técnica de dicha internación.

Contrariamente a lo que es posible observar en el derecho comparado, en Chile no existe un organismo de revisión, independiente del sistema público de salud, que sea capaz 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. Ello ha llevado a que en cinco años se hayan duplicado las hospitalizaciones no voluntarias en unidades psiquiátricas. En 2010 hubo 923, y en 2015 se llegó a 1.911, pasando por el año record -2014- con 1.998 autorizaciones para hospitalizaciones involuntarias (MINSAL); dicha cifra se superaría este año, pues solo hasta mayo se registraban 1.102 casos, lo que evidencia la gravedad de un problema que implica la vulneración de derechos fundamentales de las personas con discapacidad o con enfermedad mental pues las hospitalizaciones no voluntaria no establecen límite de tiempo ni mecanismo alguno de supervisión que permita evitar abusos.

---

<sup>5</sup> El artículo 24 de la ley N° 20.584 dispone que “Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 15 de esta ley, si la persona no se encuentra en condiciones de manifestar su voluntad, las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles, tales como esterilización con fines contraceptivos, psicocirugía u otro de carácter irreversible, deberán contar siempre con el informe favorable del comité de ética del establecimiento” .

El Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) ha señalado que el reconocimiento de la capacidad legal de las personas está íntimamente ligado al derecho a ser libre de una detención involuntaria en centros de salud mental, y a no ser forzados a recibir tratamiento de salud mental. Asimismo, dicho Comité es enfático en señalar que los Estados parte deben abolir las políticas y normas que permitan o induzcan al tratamiento forzado de personas con discapacidad cognitiva, sicosocial o intelectual, considerando estas disposiciones una violación continua del derecho internacional.

En ese sentido, piensa que las disposiciones de la iniciativa en estudio (artículos 9 a 16) siguen la tendencia en el derecho comparado -apoyada por la OMS- de tratar el tema de la internación involuntaria con los resguardos para la privación de libertad de cualquier persona. La regla es: si la libertad es un derecho fundamental básico, su privación debe ser siempre autorizada y fiscalizada por un juez y mediante procedimiento similar al "*Habeas Corpus*". Así ocurre en la legislación española, argentina, mexicana y colombiana, entre otras.

*Finalmente, sobre los: estándares básicos de calidad en salud mental*, expresó que las personas con trastornos mentales se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y a la marginalización en la mayor parte de la sociedad. La estigmatización conlleva la probabilidad de negación de tratamiento o una atención inadecuada; la marginación y la discriminación también aumentan el riesgo de que se produzcan violaciones en sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales por parte de los proveedores de servicios de salud mental y de otros. Este problema se estaría acogiendo positivamente en el proyecto.

*Concluyó*, señalando que la legislación que se encuentra vigente en Chile está en clara contravención a los principios de la CDPD y sus disposiciones concretas, que la OMS ha insistido en la necesidad de que todos los países puedan 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, lo que se deriva de la situación de vulnerabilidad única de las personas que padecen trastornos mentales, que enfrentan estigma, discriminación y marginación en la mayoría de las sociedades, con alto riesgo de ver violados sus derechos, lo que en el caso de Chile es especialmente grave pues las situaciones de vulneración de derechos humanos son habituales en muchos servicios de provisión de cuidados en salud mental, al igual que la discriminación y estigma, que afectan directamente la vida de las personas.

--- **Jefa del Departamento de Análisis Normativo de la Subsecretaría de Derechos Humanos, señora María Florencia Díaz.**

Se refirió al anteproyecto que el Ejecutivo tiene previsto presentar al Congreso Nacional en fecha próxima, referida a la designación del Instituto Nacional de Derechos Humanos, INDH, como instancia nacional de prevención de la tortura. Explicó que esto es consecuencia de los compromisos adoptados por Chile en el protocolo facultativo de la Convención contra la Tortura suscrito en el año 2008.

Este mecanismo es denominado Magistratura de Convencimiento, esto es, no es un órgano de denuncia o fiscalización, sino que un órgano que visita lugares de privación de libertad para efectos de constatar las condiciones en que se encuentran las personas en dichos lugares. Luego, formula recomendaciones a las personas que están a cargo de dichos lugares, como también a los superiores jerárquicos de éstos, a fin de mejorar tales condiciones. Luego las visitas se reiteran a fin de controlar si las recomendaciones se han recogido o no por el establecimiento de reclusión visitado.

Los lugares de privación de libertad son amplios, por tanto no se reduce solo a los establecimientos penitenciarios. Incluye a todo inmueble o mueble, incluidos medios de transporte, administrado o dirigido por el Estado o por particulares, ya sea por orden de una autoridad pública o con su consentimiento expreso o tácito en que se encuentren o pudieran encontrarse personas privadas de libertad como resultado de una orden de arresto, detención, prisión preventiva, cumplimiento de penas privativas de libertad, custodia o cualquier otra medida que impida su libre desplazamiento físico. Esto incluye, entonces, hogares de larga estadía para personas mayores; hogares de menores u hospitales psiquiátricos.

Hizo saber que el Instituto Nacional de Derechos Humanos, realizará esta tarea a través de un Comité que va a ser completamente independiente del Instituto, con presupuesto propio y con expertos profesionales completamente desvinculados del Instituto. La información que recoja este Comité va tener el carácter de reservada y tendrá la obligación de elaborar un informe anual con sus recomendaciones, pero sin aludir a ningún establecimiento en particular, sino que más bien de carácter estadístico, porque, no es un organismo de denuncia, tanto es así, que sus propios trabajadores van estar exentos del deber de denuncia de todo funcionario público, salvo que implique un peligro inminente para la vida o integridad física de alguna persona.

Explicó que de lo que se trata, es que este organismo trate de convencer, de ahí su nombre de Magistratura de Convencimiento, el que opera en forma preventiva, para que no se llegue a cometer actos de tortura o degradantes.

Hizo saber que algunas de las funciones de este mecanismo se topan con las que tienen las comisiones regionales que regula la ley N° 20.584 referidas a la obligación de efectuar visitas a las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual.

Según los estándares internacionales en cuanto a los resguardos de los derechos, cree que sería más consistente que éstos, tanto del punto de vista genérico (veedor de instalaciones) y como particular (atender denuncias particulares) sean ejercidas por un órgano que no sea el mismo que el que está a cargo de esa internación.

Añadió que las comisiones están dentro del Ministerio de Salud al igual que los hospitales. Luego, de algún modo, el Ministerio de Salud se está fiscalizando a sí mismo, lo cual no cumple con los estándares básicos de control y fiscalización.

---- **Neurólogo, señor Rodrigo Salinas.** Señaló que se referirá a las condiciones en que debiera autorizarse la conducción de investigaciones científicas en pacientes que se encuentran limitados, por razones psíquicas o intelectuales, de la capacidad de expresar su consentimiento. Cree firmemente, sin embargo, que el progreso de la medicina descansa en el uso juicioso del pensamiento inductivo y, por consiguiente, en la experimentación clínica.

En ese último aspecto, agregó, el de la experimentación clínica, justifica su importancia en el desarrollo de la medicina moderna. Esta actividad, la experimentación en seres humanos, constituye un eslabón crucial en la generación de la evidencia científica que respalda las recomendaciones de la práctica médica, cuya eficacia ha tenido un desarrollo exponencial a partir de la segunda mitad del siglo XX. Mediante la experimentación bien diseñada ha sido posible precisar la eficacia y la seguridad de la gran cantidad de posibilidades terapéuticas que surgen de las investigaciones pre-clínicas que ocurren en laboratorios y en animales de experimentación, que de carecer de este eslabón final terminarían en conocimiento sin traducción terapéutica alguna o, en el peor de los casos, en la adopción irreflexiva de terapias potencialmente perjudiciales, al extremo que es hoy impensable para cualquier sistema regulatorio de medicamentos permitir el registro de un fármaco sin antes haber sido sometido a un jerarquizado proceso de investigación en seres humanos. El hito fundante de la investigación clínica, en la forma que hoy se concibe, ha sido fijado en la publicación en el *British Medical Journal*, en el año 1948, del ensayo clínico que probó la eficacia del uso de estreptomina en pacientes aquejados de tuberculosis pulmonar, que permitió precisar la real eficacia de este fármaco, combatir una epidemia que hasta ese momento cobraba millones de vidas y entregar una esperanza real de cura para un gran número de pacientes para los cuales, hasta ese momento, no se ofrecía más posibilidad terapéutica que el reposo, la luz del sol y la alimentación sana y abundante. Recordó que este ensayo coincide con la creación del Sistema Nacional de Salud Inglés, ese mismo año, que adquirió como compromiso asegurar el acceso a toda la población, sin discriminación, a todas las terapias que requiriesen para la recuperación de su salud. Era evidente, entonces, que a las razones puramente médicas, se sumaba una potente razón social, que obligaba a identificar

aquellas intervenciones probadamente eficaces, en las que se debían focalizar los siempre escasos recursos, lo que le daba, además, una justificación de carácter social a aquella investigación clínica dirigida a problemas prevalentes o de alto impacto, a los cuales sólo se podía dar respuesta interviniendo e investigando en aquellos pacientes que sufrían la condición que se buscaba combatir.

La relevancia de este tipo de investigación para el progreso de la medicina y el bienestar de los pueblos queda bien recogida en las recomendaciones sobre la regulación de los ensayos clínicos, publicadas en 2012 por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), donde se reconoce que la investigación clínica es un eslabón clave en el desarrollo de una práctica médica basada en la evidencia, lo que constituye, a su vez, un objetivo mayor para los pacientes, los profesionales de la salud, la salud pública y los sistemas de salud en el mundo entero.

Sin embargo, el mismo año 1948, en que se publicaba el ensayo clínico sobre la eficacia del uso de estreptomina en la tuberculosis pulmonar, que salvaría millones de vidas, separado sólo por algunos meses, se daba fin al proceso seguido en contra de médicos que bajo el Régimen Nazi cometieron crímenes contra la Humanidad, con la ejecución en la horca de Karl Brandt, médico personal de Adolf Hitler y miembro del Consejo de Investigación del Reich, acusado -entre otros crímenes- de conducir investigación en seres humanos alejada de cualquier fin social o científico coherente y reñido con los principios más elementales que gobiernan la ética de la profesión médica.

Producto de este juicio, dijo, se redactó el Código de Núremberg, que sentó las bases de la regulación de la ética de la investigación en seres humanos, cuyo primer artículo establecía -en buena medida para impedir la ocurrencia de similares atrocidades- que el consentimiento voluntario del sujeto humano para participar en investigación es absolutamente esencial. Principio que alcanzaría su consagración en el sistema normativo internacional de derechos humanos con la entrada en vigor, el 23 de marzo de 1976, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, promulgado en nuestro país en el año 1989. El pacto, en su artículo 7º establece, de modo categórico, que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.”

Finalmente, dijo, esta prohibición formal -aunque restringida sólo a un subgrupo de los pacientes a los que originalmente estaba dirigida- encuentra su lugar en la ley N° 20.584, de 2012, que en su artículo 28 señala que “Ninguna persona con discapacidad psíquica o intelectual que no pueda expresar su voluntad podrá participar en una investigación científica...” terminando, formalmente, con cualquier posibilidad de conducir, en Chile, investigación clínica en ciertos problemas de salud que forman parte de una proporción relevante de la carga de enfermedad de los conciudadanos.

Prohibición, sin embargo, que nadie podría decir es discordante, o contradictoria, con los mejores deseos surgidos de Núremberg y que recoge, casi literalmente, los pactos internacionales firmados por Chile, dirigidos a proteger los derechos humanos de las desgraciadamente ubicuas violaciones que los afectan.

Afirmó que el dilema ético, sin embargo, surge de inmediato al reflexionar sobre sus efectos y ya lo hacía notar el padre de la ética de la investigación moderna, Henry Beecher, en un artículo el año 1959: una interpretación rígida del artículo primero del Código de Núremberg podría limitar seriamente, o eliminar, buena parte de la investigación en enfermedades mentales, que corresponden a uno de los dos o tres principales problemas de la medicina y cuyo respuesta, en muchos casos, sólo se puede lograr a través de la investigación clínica, como el propio Servicio de Salud Inglés lo reconoce al responder la pregunta sobre por qué debíamos apoyar la investigación en salud mental. Señala la autoridad inglesa que los estudios y ensayos pueden entregar la evidencia que pruebe la utilidad y eficacia de nuevos tratamientos, a la vez que demostrar -en un giro escéptico muy británico- que algunos tratamientos no son tan útiles como algunos profesionales de la salud creen.

¿Es que nadie se dio cuenta de esto cuando se redactó el Código de Núremberg?, ¿o en realidad lo único correcto es terminar con toda posibilidad de investigación en estos pacientes toda vez que sería inmoral y repugnante -por perseguir un fin que parece loable- vulnerar derechos fundamentales de poblaciones radicalmente vulnerables?

Curiosamente, es en uno de los propios co-redactores del Código de Núremberg, el Profesor Andrew Conway Ivy, en quien se puede encontrar el matiz requerido, en un artículo de su autoría publicado en Science en el año 1948, publicado poco después de la redacción del Código. Dice Ivy: “Los principios éticos involucrados en el uso de los pacientes mentalmente incompetentes son los mismos que para los pacientes competentes. La única diferencia dice relación con la materia del consentimiento. Dado que los pacientes mentales son equiparables a los niños en un sentido ético y legal, el consentimiento del cuidador es necesario.” Con esto quedaba claro que en la interpretación de Ivy el artículo 1º del Código, que él había co-redactado, no cercenaba la posibilidad de investigar en estos pacientes, sino que establecía requisitos extraordinarios que debían ser cumplidos.

Esa posición se convirtió, dijo, en el curso de los años, en la actitud prevalente de bioeticistas y autoridades regulatorias alrededor del mundo. En palabras del profesor Ezequiel Emanuel, por ejemplo, en sus innumerables veces citado artículo ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? señala que la demostración de respecto por personas no-autónomas significa asegurar que su participación en investigación es

coherente con sus intereses y valores, lo que habitualmente implica designar un subrogante para decidir si la persona es enrolada en una investigación clínica.

Indicó que en la Declaración de Helsinki, por su parte, reconocida como referente internacional en ética de la investigación, se señala que “Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.”

Muchas regulaciones nacionales e internacionales han recogido esa mirada, precisó. Señaló que, entre las regulaciones que la recogen, se cuentan la de la Unión Europea, Estados Unidos y de la propia Organización Mundial de la Salud, que en colaboración con el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) acaba de publicar una actualización de sus recomendaciones, en cuyo numeral 16 indica que los adultos que no son capaces de otorgar consentimiento informado deben ser incluidos en investigación de salud, a menos que una buena razón científica justifique su exclusión, adoptando las protecciones necesarias que resguarden sus derechos y bienestar, entre las cuales se cuenta la de contar con la autorización de su representante legal, que a su vez debe tener presente la voluntad del paciente en esta materia, en caso de haberla expresado en alguna ocasión.

Añadió que la propia Asamblea General de las Naciones Unidas haya adoptado, en sus Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, el siguiente texto: “No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.” Esta solución fue, asimismo, la adoptada por la ley N° 20.120, de 2006, que en su artículo 10 señala que “Toda investigación científica en un ser humano deberá contar con su consentimiento previo, expreso, libre e informado, o, en su defecto, el de aquel que deba suplir su voluntad en conformidad con la ley”, texto que ha quedado posteriormente invalidado -al menos en el caso de aquellos paciente afectados por discapacidad psíquica o intelectual- por el artículo 28 en comento.

Las razones detrás de esta posición y sus fundamentos, dijo, están magistralmente resumidos en la explicación de la Ley de Salud Mental del Reino Unido, del año 2005, modelo para numerosas legislaciones internacionales, en que se señala

textualmente: “Es importante que la investigación en personas que carezcan de capacidad (de consentir) sea llevada a cabo y que esto se haga de modo apropiado. Sin ésta no se podría mejorar su conocimiento respecto a qué es lo que causa que una persona pierda sus capacidades, ni respecto a su diagnóstico, tratamiento, cuidados y necesidades.”

Mencionó que las posibilidades de explotación, particularmente en grupos vulnerables, son múltiples y han ido adquiriendo diversas formas en el curso de las últimas décadas. Baste recordar que de toda la investigación en fármacos psicotrópicos conducida en los últimos años una importante proporción corresponde simplemente a reformulaciones de fármacos ya existentes, con propósitos puramente comerciales, en lugar de verdaderos progresos en el tratamiento de las enfermedades mentales, que pudieran conducir a mejorar la condición de aquellos pacientes en los cuales se conduce la investigación.

Es responsabilidad de todos asegurar que la investigación no excluya de su ámbito de interés a aquellos pacientes imposibilitados de entregar su consentimiento por razones de discapacidad psíquica o intelectual, pero también lo es que ésta sea conducida de modo apropiado, tal como lo señala la Ley de Salud Mental del Reino Unido, tomando especial cuidado que los derechos y bienestar de los participantes sea respetados, asegurándose del valor social de aquello que se investiga, requisito inexcusable de la investigación en seres humanos.

- **Votación general del proyecto.**

La Comisión, compartiendo los objetivos y fundamentos tenidos en consideración en las mociones (que se refundieron), y luego de recibir las explicaciones de los representantes del Ministerio de Salud, la opinión de los gremios relacionados con el tema, y de profesores expertos, tanto de derecho como de psiquiatría, permitieron a sus miembros formarse una idea sobre las implicancias, la incidencia real que tienen estas modificaciones propuestas, y la necesidad de legislar sobre esta materia, tanto desde el ámbito de la salud pública, del bienestar de la población, como para cumplir las obligaciones que tiene Chile en el contexto internacional, **procedió a dar su aprobación a la idea de legislar por la unanimidad de los Diputados presentes**, señores Castro, Cariola (Presidenta), Hernando, Núñez, Rubilar y Torres (6 votos a favor).

**b) Discusión particular.**

Artículo 1.-

Señala esta disposición que 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.

Luego, agrega que 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 esta 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, 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. Dichos instrumentos constituyen fuente de los derechos fundamentales que a continuación se reconocen a todas las personas con enfermedad o discapacidad mental.

--- Se presentaron ocho indicaciones

**1)** De la diputada Hernando, para reemplazar el título de este proyecto de ley por el siguiente:

“Del reconocimiento y protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, con discapacidad intelectual y con discapacidad psíquica”

La autora de esta indicación la fundamentó señalando que la indicación propuesta tiene por finalidad aclarar los conceptos, desde el epígrafe de la iniciativa.

Se planteó reticencia sobre la propuesta de cambiar las expresiones “mental” por “intelectual”, dado que la legislación actual y pertinente (se alude a la ley N° 20.422 que Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad) habla de discapacidad mental y no intelectual. En ese sentido, se dijo, este título no quedaría en sintonía con las disposiciones vigentes sobre la materia.

La diputada Hernando, argumentó que los distintos invitados a exponer sobre estas iniciativas refundidas sostuvieron la pertinencia de precisar los conceptos contenidos en ellas, a fin de hacerlas más inclusivas e integradoras.

Agregó que la discapacidad intelectual es de carácter más permanente que la discapacidad mental que está más acotada a un fenómeno puntual y transitorio, según los dichos del Dr. Fernando Voight.

**Se aprobó por la unanimidad de los diputados presente (siete votos a favor). Asimismo, se acordó adecuar todo el texto del proyecto a la nomenclatura aprobada en esta indicación.**

Votaron a favor las diputadas señoras Cariola, Hernando y Rubilar y los diputados señores Hasbún, Macaya, Rathgeb y Torres (Presidente).

**2)** Del diputado Alvarado, para agregar en el inciso primero, del artículo 1 del proyecto de ley, a continuación de su punto a parte que pasa a ser seguido, la siguiente expresión: “Priorizando a los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mentales en todos los niveles de la atención primaria de salud de la red pública de salud.”

Algunos diputados se manifestaron en contra de que en esta parte de la iniciativa, que a su juicio trata de las normas generales, contenga este tipo de priorización como la que sugiere la indicación en estudio.

Otros agregaron que no están de acuerdo en que la indicación establezca prioridades solo en razón a factores etarios. Señalaron que existen otros factores tan importantes como los etarios, como son los factores sociales. Da la impresión, dijeron, que existen enfermedades mentales de primera y segunda categoría.

**Se rechazó por mayoría de votos (cinco en contra y dos abstenciones).**

Votaron en contra las diputadas Cariola, Hernando y Rubilar y los diputados Macaya y Torres (Presidente).

Se abstuvieron los diputados Hasbún y Rathgeb.

**3)** Del diputado Espejo, para agregar al inciso primero, del artículo 1, a continuación del punto final que pasa a ser seguido, la siguiente frase: “y a la inclusión social”.

**4)** De la diputada Cariola, para agregar al inciso primero, del artículo 1, a continuación del punto final que pasa a ser seguido, la siguiente frase: “y a la inclusión social y laboral”

Se consultó por el sentido y alcance de las expresiones “inclusión social y laboral”.

En respuesta, algunos piensan que tales expresiones pretenden incluir a todo tipo de discriminación ya sea por discapacidad física o mental como también referidas a las políticas públicas, como cuando se construyen veredas para discapacitados.

Otros coincidieron con que estas indicaciones propenden a la no discriminación de personas con algún tipo de discapacidad mental. Esto es, que exista un trato igualitario de la ley respecto de ellos, en todo ámbito, hasta en el otorgamiento de un crédito bancario.

Precisaron que el término inclusión social es más amplio que el término inclusión laboral, pues entienden que está referido a que estas personas puedan acceder a formación de cualquier naturaleza, incluso profesional, universitaria, institutos o colegios y también de accesibilidad, como es la a la red de salud. La inclusión laboral, en cambio, es lo mismo que la social, pero circunscrita solo a dicho ámbito.

También hubo diputados que señalaron que el Estado debe discriminar y que es muy necesario que lo haga, sobre todo, cuando se trata precisamente de algún tipo de discapacidad mental. Entienden que la idea es que el Estado les dé mayor protección a estas personas o más puntos para que puedan optar a ciertos beneficios sociales.

Finalmente, hubo quienes señalaron que esto no se trata de discriminación positiva o negativa. La discriminación es tal y no admite distinciones. Sí plantearon su inquietud respecto que les parece que inclusión laboral está contenida en la inclusión social y si esto es así, entonces hablar de ambas inclusiones sería redundante.

**Sometida a votación las indicaciones 3) y 4), se aprobaron por la unanimidad de los diputados presentes (ocho votos a favor).**

Votaron los diputados Castro, Cariola, Hasbún, Hernando, Monckeberg, Rathgeb, Rubilar y Torres (Presidente).

**5)** Del diputado Espejo, para eliminar el inciso segundo, en el artículo 1.

**6)** De los diputados Cariola, Torres, Rubilar y Alvarado, para eliminar en el inciso segundo del artículo 1° desde las expresiones “En este contexto” hasta las expresiones “noviembre de 1990.”

Respecto de estas indicaciones hubo quienes afirmaron que este proyecto de ley es una pequeña ley marco en salud mental y como tal debe indicar su marco normativo como está redactado en el inciso segundo del artículo primero que por esta indicación se pretende eliminar.

Otros argumentaron que la razón de eliminar este inciso segundo es porque se hace muy restrictiva la iniciativa al enunciar cada fuente formal en que se funda. En ese sentido, se afirmó, que menos es más. Se propuso dejar el primer párrafo hasta el primer punto seguido.

Otros estuvieron de acuerdo con lo propuesto, pero sugirieron dejar vigente la última frase del inciso segundo.

**La indicación 6) se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes (ocho votos a favor) y por la misma votación se entiende rechazada la indicación 5).**

Votaron los diputados Castro, Cariola, Hasbún, Hernando, Monckeberg, Rathgeb, Rubilar y Torres (Presidente).

**7)** Del diputado Alvarado, para agregar un nuevo inciso tercero, en el artículo 1 del proyecto de ley, del siguiente tenor:

“Ámbito de Aplicación. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y un componente del bienestar general. La presente ley se aplicará a todos los establecimientos de salud, de todos los niveles de atención primaria de la red pública de salud, a los Servicios de Salud, las municipalidades, al Fondo Nacional de Salud, a las Instituciones de Salud Previsional y al Ministerio de Salud.

**8)** De las diputadas Cariola, Hernando, Rubilar y de los diputados Hasbún y Torres, para agregar un inciso tercero al artículo 1 del siguiente tenor:

“La salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y un componente del bienestar general. Esta ley se aplicará a todos los servicios públicos o privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan.”

Respecto de la indicación 7) hubo diputados que no estuvieron de acuerdo que esta iniciativa limitara su ámbito de aplicación solo a ciertas instituciones y, en especial, del ámbito sanitario, pues con ello se dejan fuera, por ejemplo, a las mutuales, al Ministerio del Trabajo. Señalaron que no va en la línea de la inclusión social y laboral ya aprobado por esta Comisión.

Hubo también quienes pusieron en duda su admisibilidad.

Otros señalaron que es necesario que esta iniciativa haga referencia a su ámbito de aplicación, porque es propio de una ley marco.

**Sometida a votación la indicación 8) se aprobó por la unanimidad de los diputados presente (seis votos a favor); se rechazó la indicación 7) por mayoría de votos (seis en contra y una abstención).**

Por la afirmativa (en la indicación 8) votaron los diputados Castro, Cariola, Hasbún, Hernando, Rubilar y Torres (Presidente). En la indicación 7) votaron en contra los diputados Castro, Cariola, Hasbún, Hernando, Rubilar y Torres (Presidente), y el diputado Rathgeb se abstuvo.

**Por consiguiente, se aprobó el artículo 1, con las indicaciones señaladas y con las modificaciones de redacción y adecuación acordadas.**

Artículo 2.-

Esta norma tiene por finalidad definir algunos conceptos, señalando que 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 vez, se entiende por discapacidad mental (debe decir discapacidad psíquica) 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 la discapacidad mental pueden 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 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.

--- Se presentó una indicación<sup>6</sup>:

**1)** Del diputado Espejo, para reemplazar el artículo 2° por el siguiente:

“Artículo 2-. Para los efectos de la presente 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.

A su turno, persona con discapacidad mental es que la que teniendo una o más deficiencias mentales, sea por causas psíquicas o intelectual, 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 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.

---

<sup>6</sup> Inicialmente se habían presentado tres indicaciones, pero dos de ellas fueron retiradas por su autora, la diputada Hernando.

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.

Consultado el Ejecutivo por un pronunciamiento sobre las definiciones contenidas en este proyecto de ley, el señor Mauricio Gómez, Jefe de Salud Mental del Ministerio de Salud señaló que éstas están señaladas en esta indicación, y que a su parecer, son las correctas y es la que propone mantener. Si bien, reiteró que no existe en el mundo una única definición de enfermedad mental, la utilizada por el Ministerio de Salud es la que se contempla en esta indicación propuesta por el diputado Espejo.

Por tal motivo, como Ministerio de Salud, se sugiere mantener estas definiciones tal como están y que el resto de las definiciones contenidas en la iniciativa se alinean a éstas.

Algunos diputados no se manifestaron tan conformes con que un solo concepto como es enfermedad mental englobe la discapacidad intelectual y psíquica. Concordaron que es más fácil y cómodo adoptar la nomenclatura que utiliza la OMS, pero que en las agrupaciones referidas a este tema, no es tan diáfano que un concepto englobe a los otros.

Otros se inclinaron en asumir las definiciones ya existentes y aceptadas por la OMS y no innovar en esta temática, ya que ello puede conducir a errores interpretativos o en contradicciones para el intérprete.

El señor Mauricio Gómez afirmó que la indicación del diputado Espejo, antes referida, alude a dos conceptos: enfermedad mental y discapacidad mental. Como ejemplo señaló al autista, que es una enfermedad, pero si el mismo autista tiene déficit, entonces estamos ante una discapacidad. El enfermo no es necesariamente discapacitado y por ello es bueno definir ambas cosas.

Agregó que la persona que tiene un déficit a consecuencia de una enfermedad tiene una discapacidad variable según las barreras que el entorno le coloca. Indicó que es la definición de discapacidad más moderna que hoy día tiene el mundo y afortunadamente alcanzó a ser incorporada en la Ley de Inclusión (N° 20.422) que superó a la Ley de Discapacidad antigua porque se hizo para armonizarla con la Convención de Discapacidad.

El Ministro de Salud (S) señor Jaime Burrows enfatizó que para el Ejecutivo lo deseable es que las definiciones queden tal como están planteadas pues son compatibles con la legislación relativa al tema y a los reglamentos que ha dictado el Ministerio.

**La indicación, fue aprobada por la unanimidad de los diputados presentes (5 votos a favor) y por la misma votación se entiende rechazado el artículo 2 del proyecto de ley en su forma original.**

Votaron los diputados Castro, Cariola (Presidenta), Hernando, Núñez y Torres.

Artículo 3.-

Señala esta disposición que 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.

--- Se presentaron dos indicaciones:

**1)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en el artículo 3, la frase “y autonomía personal”, por la expresión, antecedida y seguida de una coma, “el respeto de la autonomía de la voluntad y a su intimidad, especialmente en la obtención, utilización, archivo, custodia y trasmisión de la información y ficha clínica”.

**2)** De la diputada Hernando, para modificar el artículo 3 de la siguiente manera:

a) Elimínase la palabra “relacionadas” entre las palabras “normas” y “elaboradas”.

b) Sustitúyese el punto final de dicho artículo por la frase “, como los demás derechos garantizados a las personas, consagrados por otras normas internacionales, relacionadas con esta materia y ratificadas por Chile.”

El autor de la indicación 1) la fundamentó explicando que ésta tiene por finalidad el resguardo a la intimidad de la ficha clínica del paciente. En cuanto a determinar si la ley de deberes y derechos de los pacientes no es contradictoria con esta indicación, pues la primera también trata sobre la protección de datos personales, contenidos en la ficha clínica, se señaló que no pues más bien son complementarias.

Otros señalaron que esta indicación está mal ubicada en la geografía del proyecto de ley, que debiera ir en la letra d) del artículo 7 de la iniciativa y no en el artículo 3. Que en esta parte del proyecto se tratan temas genéricos y no tan específicos como lo propuesto en esta indicación.

La autora de la indicación 2), a su vez, explicó que su enmienda tiene por finalidad ampliar el marco legal de esta ley y así evitar que sea restrictivo, además de hacer más inclusivo la iniciativa a futuras normas sobre el particular.

**La indicación 1) fue rechazada por no alcanzar su quórum de aprobación** (seis abstenciones).

Se abstuvieron los diputados Alvarado, Hernando, Lemus, Nuñez (Presidente accidental), Rubilar y Espejo (en reemplazo del diputado Torres).

**La indicación 2), junto con el texto propuesto en la moción, se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes** (seis votos a favor).

Votaron los diputados Alvarado, Hernando, Lemus, Nuñez (Presidente accidental), Rubilar y Espejo (en reemplazo del diputado Torres).

#### Artículo 4.-

Esta norma establece una presunción de capacidad para toda persona. Agrega que la discapacidad cognitiva por sí 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 psicológico o psiquiátrico. La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza a presumir riesgo de daño o incapacidad.

---- Se presentaron cuatro indicaciones:

**1)** De la diputada Hernando, para modificar el artículo 4, de la siguiente manera:

a) Se suprima toda la redacción del inciso primero desde el primer punto seguido hasta la palabra “competentes” inclusive.

b) Se incorpore la palabra “su” entre las palabras “dar” y “consentimiento”

c) Se incorpore la frase “válido e” entre las palabras “consentimiento” e “informado”.

d) Se sustituya la palabra “incapacidad mental” por “discapacidad cognitiva”.

e) Se incorpore la frase “y esta sea” entre las palabras “raciocinio” y “calificada”

**2)** De la diputada Hernando, para agregar un nuevo inciso segundo, pasando el actual a ser tercero:

“El consentimiento de los niños se deberá tener en cuenta según su edad y nivel de madurez. Es deber del Estado garantizar que todos los niños que padezcan una enfermedad mental o, posean una discapacidad intelectual o psíquica, gocen plenamente de dichos derechos.”

**3)** Del diputado Macaya, para eliminar, en el inciso primero del artículo 4, la siguiente frase: “calificado por los tribunales competentes”.

Respecto de la indicación 3), se indicó que el Estado de Chile ha sido reprochado sistemáticamente en los últimos años por diversos organismos internacionales en materia de salud y protección de los derechos fundamentales por la inexistencia de mecanismos independientes para supervisar las internaciones. Tales mecanismos, que el Ejecutivo insiste en defender (comisiones de protección) han sido definidas por la OPS, la OMS y las Naciones Unidas como organismos que carecen de la independencia para realizar esa supervisión. Sin embargo, hay consenso en que se requieren organismos independientes, por una parte, y por la otra, visto que se trata de la protección de derechos, el mejor instrumento de protección de tales derechos son y seguirán siendo los tribunales de justicia.

Se puede discutir el procedimiento, su rapidez y eficacia, pero no se puede eliminar a los tribunales de justicia como organismos independientes para velar y cautelar los derechos fundamentales y, por tanto, se llamó a rechazar la indicación del diputado Macaya.

El psiquiatra del Ministerio de Salud, señor Alberto Larraín, señaló que éste es uno de los puntos angulares de este proyecto de ley, ya que existen muchos casos emblemáticos que dicen relación con la intervención del poder judicial en materia de salud mental, donde han ordenado la internación de pacientes que no lo requieren. Agregó que en el mundo médico no se aprecia como adecuada la intervención del poder judicial por cuanto carecen del conocimiento necesario en salud mental.

Concordó que la competencia del poder judicial en esta materia, es lo que hoy existe y efectivamente sus actuaciones no generan gasto para el Estado, sin embargo, él es partidario de que quien vea estos temas de salud mental sea el Instituto Nacional de Derechos Humanos.

**Se rechazó la indicación, por unanimidad de los diputados presentes**

(cinco votos en contra).

Votaron los diputados Lemus, Hernando, Núñez (Presidente accidental), Rubilar y Espejo (en reemplazo del diputado Torres).

4) Durante la discusión del artículo, se propuso un nuevo texto –a sugerencia del Ejecutivo- para sustituirlo, el que fue suscrito por los diputados Cariola, Castro Rubilar y Torres, del siguiente tenor:

“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.

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

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

La abogada del Ministerio de Salud, señora Martones señaló que el primer inciso de la indicación propuesta tiene por finalidad entregarle a las personas con enfermedad mental los mismos derechos que tienen todas las personas. Su inciso segundo, expresa que en caso de no ser factible obtener su consentimiento, entonces – como requisito adicional- se debe dejar constancia de aquello en la ficha clínica, tanto por el médico tratante como por el director del establecimiento de salud, a objeto de resguardar el derecho de las personas por una parte y, por la otra, evitar un trámite judicial que puede poner en riesgo la vida de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.

Hizo saber, asimismo, que las indicaciones a este artículo que hacían referencia a los niños (indicación 2) de la diputada Hernando) se subsanan con otras indicaciones que se verán más adelante, cuando se vea el artículo en que se propone modificar la ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de los pacientes.

Algunos diputados manifestaron su duda porque el tema del consentimiento de los niños sea tratado como una modificación a la ley N° 20.584. Asimismo se cuestionó la circunstancia de que no sean los tribunales de justicia los que califiquen el hecho de que una persona no pueda manifestar su voluntad por una incapacidad mental severa.

La abogada del Ministerio de Salud, señora Martones señaló que la razón de tratar el tema de los niños en la ley N° 20.584 es para darle a esa disposición la

generalidad que necesita y no para que sea interpretada como una norma especial para los niños, tratada solo a propósito de las personas con problemas de salud mental.

Expresó que lo que se hizo en solo reiterar las normas que ya están consagradas en la Convención Internacional de los Derechos de los Niños, donde no se precisa la entrega de consentimiento formal de parte del menor sino, más bien, al asentimiento y al derecho a ser informado. Es por esta razón, dijo, que para que la norma sea general y comprenda a todos los niños, sin discriminación de ningún tipo, era necesario incorporarla en la ley general de Derecho y Deberes de los Pacientes.

En cuanto a la calificación de la enfermedad mental por los tribunales de justicia, indicó que se quiere omitir ese trámite fundado en la inequidad que actualmente existe para acceder a la justicia y porque las personas con enfermedad mental no cuentan –normalmente- con adecuados mecanismos de defensa ante los tribunales. Agregó, además, que los trámites judiciales toman un tiempo que normalmente las personas en estas condiciones no pueden esperar sin ser un riesgo para su propia salud, por tal razón, y visto que a estas personas se les otorga los mismos derechos que a todos los pacientes (consentimiento informado) se reemplazó la autorización judicial, en los casos que ella era requerida, por un trámite administrativo, más rápido, menos engorroso y más equitativo, que es que en tales casos se precisa dejar constancia en la ficha clínica del paciente de esta circunstancia ratificado por dos médicos, el tratante y el director del establecimiento de salud.

El Jefe de Salud Mental del Ministerio de Salud, señor Mauricio Gómez, entiende que la intervención de la justicia, en estos casos, se circunscribe en la hospitalización involuntaria y eso es algo que ellos comparten. Señaló que la manifestación del consentimiento, en la legislación extranjera, no es objeto de judicialización, pero sí lo referido a la hospitalización involuntaria y, en ese sentido, el Ejecutivo no ha innovado en este proyecto de ley.

Se consultó cómo se califica hoy si un paciente es capaz o no dar su consentimiento, si en la redacción de la indicación se suprime la competencia de los tribunales de justicia.

La abogada del Ministerio de Salud, señora Martones, explicó que rige la regla general de los pacientes. Esto es, tienen derecho a ser informados y a manifestar libremente su voluntad; en casos de intervenciones quirúrgicas irreversibles o complejas, como la esterilización, se establecen reglas especiales que están tratadas más adelante en el proyecto. En esta parte la indicación -al reemplazar el artículo 4- solo hace referencia al consentimiento en general.

Para despejar toda duda, manifestó que la regla general en Chile es la capacidad de ejercicio y sólo los tribunales de justicia pueden quitarla por razones de demencia en juicio de interdicción. Eso no ha cambiado, señaló. Lo que aquí se regula es

que cuando se está en presencia de casos como los señalados en el artículo 15 de la ley N° 20.584 (riesgo para la salud pública, riesgo vital del paciente, o se está imposibilitado de manifestar la voluntad y no se puede obtener de su representante legal) solo en esos casos se debe procurar estabilizar al paciente a fin que recupere su voluntad y si ello no es posible, entonces, se deja constancia en la ficha clínica de esta circunstancia bajo la firma del médico tratante y del director del hospital, y en esos casos no se requeriría del consentimiento del paciente.

**Se aprobó la indicación, por la unanimidad de los diputados presentes (cuatro votos a favor) y por la misma votación se tuvo por rechazadas las indicaciones 1) y 2).**

Votaron los diputados Castro, Cariola (Presidenta), Rubilar, y Torres.

Artículo 5.-

Dispone que 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.

--- Se presentó una indicación

1) Del diputado Espejo, para reemplazar en el inciso segundo del artículo 5° la frase “con preferencia en la atención primaria y fuera del ámbito de internación hospitalaria”, por la siguiente: “preferentemente en forma ambulatoria” y para agregar un inciso tercero al artículo 5° del siguiente tenor: “Se entiende la hospitalización psiquiátrica como un recurso excepcional y transitorio.”

Consultado al Ejecutivo por la indicación propuesta, el Ministro de Salud (S) Jaime Burrows, señaló estar en total acuerdo con la indicación del diputado Espejo.

**Por la unanimidad de los diputados presente, se aprobó el artículo con la indicación (5 votos a favor).**

Votaron los diputados Castro, Cariola (Presidenta), Hernando, Núñez y Torres.

Artículo 6.-

Señala que todo tipo de intervención médica se rige por el principio del consentimiento informado, en los términos establecidos en 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 modo que las personas con enfermedad o con discapacidad mental tienen derecho a recibir toda la información diagnóstica y terapéutica necesaria a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

-- Se presentaron ocho indicaciones:

**1)** Diputado Alvarado, para intercalar, entre las expresiones: “intervención médica” y “se rige”, la frase: “o prestación de salud, se rige en lo no previsto por esta ley,”.

**2)** Del diputado Alvarado, para agregar, a continuación del punto seguido que pasa a ser una coma, la siguiente expresión: “A que se le proporcione al paciente, usuario o a su representante legal dicha información por escrito; además requerirá del consentimiento, después de recibir dicha información, de los pacientes usuarios o de sus representantes legales, quienes decidirán libremente, con las excepciones previstas en el título tercero de esta ley”.

**3)** Del diputado Espejo, para sustituir frase “del consentimiento informado” por: “de la autonomía de la voluntad”

**4)** Del diputado Espejo, para intercalar entre las palabras “en” y “la”, la frase: “el Párrafo 6°, del Título II de”

**5)** Del diputado Espejo, para eliminar, después de la coma que pasa a ser punto seguido, la frase “, de modo que”.

**6)** Diputado Espejo, para sustituir la frase “Enfermedad o Discapacidad Mental”, por: “discapacidad psíquica o intelectual”.

**7)** Del diputado Alvarado, para agregar un inciso segundo, del siguiente tenor: “La información señalada en el inciso anterior deberá ser proporcionada por escrito al paciente o usuario, o a su representante legal, quienes decidirán libremente y manifestarán su consentimiento, salvo las excepciones contempladas en la ley.”.

**8)** De los diputados Castro, Cariola, Rubilar y Torres, para sustituir el artículo 6° por el siguiente:

“Artículo 6º.- 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, así como por su elección o identidad sexual. Tampoco será determinante el sólo antecedente que dicha persona haya sido hospitalizada previamente o se encuentre o se haya encontrado en tratamiento psicológico o psiquiátrico.”

**Sometida a votación la indicación 8), se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes** (cuatro votos a favor); por igual votación se rechazaron las indicaciones 1) a 7), y el texto propuesto en la moción.

Votaron los diputados Castro, Cariola (Presidenta), Rubilar, y Torres.

#### Titulo 2.-

Se adecua la denominación del título, a lo ya aprobada en el título 1º: De los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica.

#### Artículo 7.-

Dispone que todo aquel que viva con enfermedad o con 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, los tutores, o el representante legal, y sólo se considerará 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. Nunca se podrá negar 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.

--- Se presentaron dieciséis indicaciones:

**1)** Del diputado Espejo para intercalar en el primer inciso, del artículo 7°, entre las palabras “mental” y gozará” la siguiente frase: “de carácter psíquico o intelectual”

**2)** De la diputada Hernando, para sustituir en la letra b) del artículo 7° la frase “tratamientos invasivos o irreversibles” por la frase “intervenciones quirúrgicas irreversibles”.

**3)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en la letra c) del artículo 7°, la expresión “entendimiento, el consentimiento lo darán los familiares, los tutores, o el representante legal,” por la siguiente expresión:

“Serán informadas también su madre, su padre, su hijo (s) o hija (s) y otros parientes por consanguinidad y afinidad hasta el tercer grado inclusive, su representante legal u otra persona vinculada a él a falta de los anteriores, en este caso el consentimiento lo darán alguna de las personas precitadas”.

**4)** De la diputada Hernando, modifíquese el literal c) del artículo 7° de la siguiente manera:

a) Se sustituya la frase “Los sujetos cognitivamente impedidos”, por “Las personas con discapacidad intelectual o discapacidad psíquica”.

b) Se sustituya la palabra “los” entre “darán” y “familiares”, por “en conjunto con sus”.

**5)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en la letra e) del artículo 7°, la expresión “así como a contar con una instancia judicial de apelación”, por la siguiente:

“Cuya resolución constituirá una sentencia de primera instancia en el procedimiento civil ordinario, para todo efecto legal”

**6)** Del diputado Espejo, para reemplazar en la letra e), la palabra “internación” por la palabra: “hospitalización”

**7)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en la letra f), del artículo 7°, en la expresión “integral y humanizada”, la voz “y” por una coma e intercállese, entre las voces “humanizada” y “a partir”, la expresión: “especializada, los tratamientos con evidencia científica, con los tiempos y sesiones necesarias para obtener cambios en su salud y calidad de vida,”.

**8)** De la diputada Hernando, para sustituir en la letra i) del artículo 7° la palabra “fehaciente”, por “escrito”.

**9)** De la diputada Hernando, para sustituir en la letra j) del artículo 7° las palabras “padecimiento mental” por “trastorno mental, discapacidad intelectual o discapacidad psíquica”.

**10)** Del diputado Espejo, para reemplazar en la letra j) la palabra padecimiento por la siguiente: “enfermedad”

**11)** Del diputado Espejo, para reemplazar en la letra k) del artículo 7°, la palabra remuneración por la siguiente: “contraprestación”

**12)** Del diputado Alvarado, para agregar al artículo 7° una nueva letra l), del siguiente tenor:

“l) El alta del paciente o usuario. Todo paciente, así como su madre, su padre, su hijo (s) o hija (s) y otros parientes por consanguinidad y afinidad hasta el tercer grado inclusive, su representante legal u otra persona vinculada a él a falta de los anteriores, tendrá derecho a recibir de los médicos tratantes, una vez finalizado su tratamiento, su alta médica. Las características, requisitos y condiciones del contenido del alta médica podrán determinarse reglamentariamente por el Ministerio de Salud.”

**13)** De la diputada Hernando, para agregar una nueva letra l) al artículo 7:

“l) Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado y, a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.”

**14)** Del diputado Macaya, para agregar al final del artículo 7, una nueva letra, l), con el siguiente texto:

“l) A tener derecho a la propia imagen y la honra, en virtud de lo cual no podrán obtenerse de pacientes con discapacidad mental, imágenes, fotografías o grabaciones de ellos sin su expreso consentimiento, especialmente en situaciones o circunstancias cuya exhibición pública o privada pudiere generar un menoscabo a su imagen y su dignidad.

Asimismo, se obliga expresamente a todas las entidades públicas o privadas que realicen actividades periódicas o esporádicas con personas con discapacidad mental, a mantener en reserva tanto sus antecedentes personales, como sus antecedentes médicos y de otra índole, no pudiendo revelarlos a terceros, salvo consentimiento expreso del discapacitado.”.

**15)** Del diputado Alvarado, para agregar al artículo 7° un nuevo inciso final del siguiente tenor:

“Este catálogo de derechos no es taxativo y deberá publicarse en los sitios web y en lugares visibles y accesibles de todos los hospitales, centros o unidades hospitalarias, clínicas, Instituciones de salud previsional, fondo nacional de salud, servicios de salud, el ministerio de salud y en toda institución o servicios que preste atención de salud en el país. Además, deberá proporcionarse el contenido de este catálogo, no solamente en lenguaje escrito, sino que también en otras formas de comunicación inclusivas, para personas con discapacidad auditiva y visual.”

**16)** De los diputados Castro, Cariola, Rubilar y Torres, para modificar el artículo 7° de la siguiente manera:

a. Para sustituir el inciso primero por el siguiente:

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

b. Para modificar la letra a), eliminando la frase “y a que se respete su vida privada, libertad de comunicación y libertad personal.”.

c. Para intercalar una nueva letra b), pasando la actual a ser c) y así sucesivamente, del siguiente tenor:

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

d. Para sustituir la actual letra b), que pasó a ser c), por la siguiente:

“c) A no ser sometido a tratamientos invasivos e irreversibles de carácter psiquiátrico, sin su consentimiento.”.

e. Para sustituir la actual letra c), que pasó a ser d), por la siguiente:

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

Quando la persona no pueda manifestar su voluntad o no es posible desprender su preferencia, sólo se podrán utilizar métodos anticonceptivos reversibles.

Con todo, excepcionalmente, estas personas se podrán someter al procedimiento de esterilización en estas personas, siempre que concurren previamente todas las circunstancias siguientes:

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

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

3. Que el Comité de Ética Asistencial respectivo haya dado su opinión favorable.

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

f. Para eliminar la actual letra d)

g. Para agregar un segundo párrafo a la letra f), del siguiente tenor:

“Los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas de atención cerrada, deberán contar con un Comité de Ética Asistencial, conforme al artículo 20 de la ley N° 20.584.”.

- h. En la letra g), para sustituir la palabra “conveniente”, por la frase: “efectiva, segura”.
- i. Para eliminar las letras h) e i), pasando la actual letra j), a ser h) y así sucesivamente.
- j. Para sustituir la actual letra j), que pasó a ser h), por la siguiente: “h) A que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.”.
- k. Para modificar la actual letra k), que pasó a ser i), de la siguiente manera:
  - a) Para sustituir la frase “ser remunerado”, por “recibir retribución pecuniaria”.
  - b) Para eliminar la frase “o trabajos comunitarios”.
  - l. Para agregar una nueva letra j), del siguiente tenor:
    - “j) Derecho a recibir educación a nivel individual y familiar sobre su enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual y las formas de autocuidado y, a ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares o a quien el paciente designe.”.
  - m. Para agregar un nuevo inciso final del siguiente tenor:
    - “El catálogo de derechos consagrados en este artículo, deberá 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.”

La abogada del Ministerio de Salud, señora Martones, quien se refirió a la indicación<sup>16</sup>), cuya redacción fue propuesta por el Ejecutivo, a raíz de las conversaciones que hubo sobre el tema en varias sesiones, señaló que tal enmienda tiene por finalidad, entre otras cosas, velar por que no se entienda que se excluyen derechos fundamentales, sino que por el contrario, se le da énfasis a algunos de ellos.

En la letra “c” de la indicación se intercala un nuevo literal que tiene por finalidad el respeto a la vida privada, libertad de comunicación y libertad personal del paciente con enfermedad mental. En La letra “d” de la indicación, se refiere a que el paciente no sea sometido a tratamientos invasivos de carácter psiquiátrico sin su consentimiento.

Un diputado manifestó su aprehensión por la circunstancia de que esta indicación solo está proscribiendo intervenciones quirúrgicas de carácter psiquiátrico.

Otros consultaron si era factible que una persona pueda ser sometida a una intervención quirúrgica invasiva de carácter psiquiátrico sin su consentimiento o necesariamente, para que opere la prohibición, debe ser también “irreversible”. Agregó que el texto original expresa “tratamiento invasivo o irreversible”.

La abogada Martones, aseveró que en todo lo que no es tratamiento invasivo e irreversible de carácter psiquiátrico opera la regla general. Sin embargo, la disposición en análisis es una regla especial que no da lugar a ninguna excepción, esto es, si no hay consentimiento no se puede dar. Precisó que esta norma está pensada respecto de una mala práctica de tratamiento invasivo e irreversible, como las psicocirugías. Esta norma es una excepción a la regla general establecida en el artículo 15 de la ley de derechos y deberes de los pacientes, es decir, ni aún en los casos mencionados en dicha disposición se puede intervenir a un paciente sin su consentimiento o el de su representante legal.

Algunos diputados continuaron manifestando su preocupación por que la norma está redactada en términos copulativos, esto es, tratamiento invasivo e irreversible. ¿Podría existir un tratamiento irreversible que no sea invasivo y sin el consentimiento del paciente?

El Jefe de Salud Mental del Ministerio de Salud, señor Mauricio Gómez, explicó que en la literatura internacional los tratamientos invasivos e irreversible están referidos a los aspectos de la psicocirugía y a la esterilización. La idea con esta indicación es cerrar toda posibilidad de una psicocirugía sin consentimiento, puesto que en la redacción original se establecía una excepción cuando había riesgo grave e inminente para sí o para terceros. Precisó que no hay psicocirugías de urgencia.

A la pregunta de si existen tratamientos irreversibles no invasivos, manifestó que ello es una sutileza, por cuanto la irreversibilidad es subjetiva y, por ello, la indicación propuesta es de carácter copulativo, esto es, que se introduce algo al organismo que produce un cambio o efecto irreversible en la persona.

Luego, propuso para dar mayor claridad a la disposición en análisis, reemplazar las expresiones “tratamientos invasivos e irreversibles” por la expresión “psicocirugía” y con ello se produce el mismo efecto deseado que es proscribir todo tipo de psicocirugía sin consentimiento, sin entrar a interpretar las expresiones “tratamientos invasivos e irreversibles”.

La abogada del Ministerio de Salud, señora Martones, continuó explicando el contenido de la indicación y pasó a referirse al literal “e” de la misma, que dice relación con la esterilización como método anticonceptivo. Ahí, se propone, dijo, como regla general que no es posible realizar esterilización como método anticonceptivo, sin el consentimiento. Respecto de las personas que no pueden consentir se prescribe que pueden utilizarse estos métodos de esterilización siempre que sean reversibles. Con todo, excepcionalmente, se podría proceder al procedimiento de esterilización irreversible en estas personas, siempre que concurran previamente todas las circunstancias siguientes:

1. Que la necesidad de realizar el procedimiento obedezca exclusivamente a indicación médica.
2. Se cuente con el consentimiento del representante legal, si lo hubiere.
3. Que el Comité de Ética Asistencial respectivo haya dado su opinión favorable.
4. Que la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales haya otorgado su aprobación.

El Jefe de Salud Mental del Ministerio de Salud, señor Mauricio Gómez, señaló que en esta parte de la indicación está incorporado un concepto que se llama “la preferencia”. Esto es, el estándar actual de los derechos humanos señala que las personas que tienen dificultades para expresar su voluntad deben ser apoyadas para que ello se logre, por tanto, aquí se va más allá del consentimiento del punto de vista médico. De lo que se trata, dijo, es que se pueda desprender de la persona su preferencia aun cuando no pueda manifestar su voluntad en forma expresa, antes de sustituir su voluntad por la de un tercero (representante legal o del médico).

La abogada del Ministerio de Salud, señora Martones, continuó explicando el contenido de la indicación, y pasó a referirse al literal “f” que deroga el literal “d” del texto original. Señaló que tal derogación se justifica por cuanto más adelante se hacen las adecuaciones para el libre acceso a la ficha clínica del paciente por parte de su representante legal o abogado.

Luego, la letra “e” del proyecto se mantiene tal como está propuesta en la iniciativa, pues no se innova a su respecto.

A la letra “f” del proyecto, dijo, en la indicación se le agrega algo muy anhelado que es que los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas de atención cerrada, deberán contar con un Comité de Ética Asistencial, conforme al artículo 20 de la ley N° 20.584.

A la letra “g” de la iniciativa, la indicación propone sustituir la palabra “conveniente”, por la frase: “efectiva, segura” y con ello se le quita todo aire mercantilista a dicha disposición.

Luego, las letras “h e i”, la indicación propone eliminarlas. La letra “h”, por cuanto dicha materia ya está tratada en el título II de la ley N° 20.584 y respecto de la letra “i” porque tal materia la van a tratar modificando directamente el artículo 28 de la ley N° 20.584.

Respecto de la letra “h” del proyecto lo modifican en el sentido de que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable, más que hablar de un “estado inmodificable”.

La letra “k” de la iniciativa se modifica por la indicación en el sentido de hablar de “recibir contraprestación pecuniaria” en vez de las expresiones “ser remunerado”, ya que esta frase está más orientada a contratos de trabajo. También, dijo, se elimina la frase “o trabajos comunitarios” por cuanto aquí se trata de “terapias” o “labor-terapia” más que de trabajos comunitarios.

Finalmente, señaló que la indicación propone agregar una letra adicional a las contempladas en la iniciativa, que es la letra “j”, referida al derecho a recibir educación a nivel individual y familiar sobre la enfermedad mental del paciente y las formas de autocuidado y, a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares u otros afectos o a quien el paciente designe.

Agregó, por último, que la indicación también agrega un inciso final referido al catálogo de derechos que deberá 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.

**Se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes, la indicación 16) (cuatro votos a favor), y por la misma votación se entendieron rechazadas las indicaciones 1) a 15).**

Votaron los diputados Castro, Cariola (Presidenta), Rubilar, y Torres.

#### Artículo 8.-

Esta norma establece que la prescripción de medicación sólo debe responder a 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.

--- Se presentaron tres indicaciones:

**1)** De la diputada Hernando, para sustituir en el artículo 8 la frase “con padecimiento mental” por la frase “que padece una enfermedad mental o discapacidad intelectual o psíquica”.

**2)** Del diputado Espejo, para intercalar en el artículo 8, entre las palabras medicación y sólo, la siguiente palabra: “psiquiátrica”.

**3)** De los diputados Castro, Cariola, Rubilar y Torres, para modificar el artículo 8°, de la siguiente manera:

- a. Para intercalar entre las palabras “medicación” y “sólo”, la palabra “psiquiátrica”.
- b. Para reemplazar la palabra “fundamentales” por la palabra “terapéuticas”.
- c. Para eliminar la conjunción “o” que se encuentra entre la “,” y la palabra “para”.
- d. Para agregar a continuación de la palabra “especiales” y antes el punto seguido, la frase “u otras”.
- e. Para eliminar la frase “indicación y renovación de”.

Consultado el Ejecutivo su parecer sobre esta nueva indicación, la abogada del Ministerio de Salud, señora Martones, explicó que solo se trata de adecuaciones de terminología más que de materias de fondo y también, de alguna forma, recoge las modificaciones que se han ido aprobando en la Comisión.

Se hizo la consulta por algunos diputados, en relación a si se va a poder prescribir medicamentos por los médicos generales o se va a exigir que lo hagan sólo médicos especialistas en la materia.

Otros diputados señalaron no innovar en esta materia, dado que en la actualidad hay ciertas patologías mentales cubiertas por el Auge que son atendidas en la atención primaria de salud por médicos generales.

Por otra parte el Subsecretario de Salud Pública, Jaime Burrows, señaló que en opinión del Ejecutivo la decisión de quién puede o no prescribir medicación psiquiátrica es materia de reglamento y no es un tema que deba ser tratado en una ley genérica como la que se está estudiando. Por tanto, llamó a no introducir cambios en la indicación propuesta, por cuanto solo podría hacer más difícil, o colocar trabas, para la atención de estos pacientes en los consultorios u hospitales.

**Sometida a votación la indicación 3), con el artículo de la moción, se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes (cuatro votos a favor); por la misma votación se entendió rechazadas las indicaciones 1) y 2).**

Votaron los diputados Castro, Cariola (Presidenta), Rubilar, y Torres.

### Título 3.-

De la naturaleza y requisitos de la internación

-- Se presentó una indicación del diputado Espejo, para reemplazar en el epígrafe del Título 3 la palabra “internación” por la frase: “hospitalización psiquiátrica”.

**Se aprobó por unanimidad dicha indicación, y se acordó adecuar el texto total del proyecto en este sentido, de tal manera que donde exista referencia a “internación”, se cambie por “hospitalización psiquiátrica”.**

Votaron los diputados Cariola, Hernando, Rathgeb y Torres.

Artículo 9.-

Señala esta disposición que 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.

--- Se presentaron cinco indicaciones:

**1)** Del diputado Espejo, para reemplazar, en el epígrafe del Título 3, la palabra “internación” por la frase: “hospitalización psiquiátrica”.

Tanto el Subsecretario de Salud Pública, como los diputados presentes manifestaron su acuerdo a esta indicación.

**Se aprobó por la unanimidad de los diputados presente (4 votos a favor). Y se acordó, asimismo, que en todo los artículos donde se utilizara la palabra ‘internación’, se cambiaría por la frase ‘hospitalización psiquiátrica’.**

Votaron las diputadas señoras Hernando y Cariola (Presidenta) y los diputados señores Rathgeb y Torres.

**2)** Del diputado Macaya, para reemplazar el artículo 9º por el siguiente:

“Artículo 9º. La internación es un procedimiento terapéutico temporal que restringe el derecho a la libertad personal del paciente, y que sólo se justifica si las demás alternativas de procedimientos terapéuticos disponibles son menos beneficiosas para la salud del paciente, o resultan insuficientes para proteger la seguridad y la integridad de terceros. Se promoverá el mantenimiento de vínculos y comunicación de los pacientes internados con sus familiares y su entorno laboral y social.”

Algunos diputados se manifestaron en favor de esta indicación, por cuanto contempla dos aspectos no cubiertos por el texto original de la iniciativa, tales como, la temporalidad de la hospitalización psiquiátrica y la seguridad e integridad de los terceros.

El Subsecretario de Salud Pública manifestó estar de acuerdo con la inserción del concepto de la “temporalidad” más no respecto de la “seguridad e integridad de los terceros”, por cuanto ésta última es más propia de la hospitalización psiquiátrica involuntaria.

**3)** Del diputado Espejo, para eliminar la frase “que restringe el derecho a la libertad personal y”.

El Jefe de Salud Mental del Ministerio de Salud, señor Mauricio Gómez, manifestó estar de acuerdo con esta indicación en términos de eliminar la frase “que restringe el derecho a la libertad personal” por cuanto en este artículo se está refiriendo a la hospitalización psiquiátrica normal que es de carácter voluntaria, por tanto, mal puede ser una restricción a la libertad personal. (Luego, precisó que el artículo 10 es la disposición que se refiere a la hospitalización psiquiátrica involuntaria).

**4)** De los diputados Alvarado, Cariola, Hernando, Rathgeb, Torres, para agregar en el artículo 9°, entre el vocablo “terapéutico” y el pronombre “que”, la expresión “temporal”.

**Sometido a votación el artículo 9° en conjunto con las indicaciones 2), 3) y 4) se rechazaron por la unanimidad de los diputados presente** (6 votos en contra). Votaron las diputadas señoras Hernando, Cariola (Presidenta) y Rubilar, y los diputados señores Castro, Rathgeb y Torres.

**5)** De los diputados Alvarado, Castro, Cariola, Hernando, Rathgeb, Rubilar y Torres, para reemplazar el artículo 9 por el siguiente:

Artículo 9.- Las hospitalización psiquiátrica es una medida terapéutica excepcional, y que solo 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.

**Esta indicación se aprobó por la unanimidad de los diputados presente** (6 votos a favor).

Votaron los diputados señores Castro, Cariola (Presidenta), Hernando, Rathgeb, Rubilar, y Torres.

Artículo 10.-

Dispone que la internación (hospitalización psiquiátrica), en tanto medida excepcional, debe ser especialmente breve y fundarse en criterios terapéuticos con mirada interdisciplinaria. De ningún modo el recurso de la internación podrá indicarse para dar solución a problemas sociales o de vivienda.

--- Se presentaron dos indicaciones.

**1)** De las diputadas Cariola y Rubilar y del diputado Rathgeb, para reemplazar el artículo 10, por el siguiente:

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

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

**2)** Del diputado Macaya, para reemplazar el artículo 10 por el siguiente:

“Artículo 10. La necesidad de internación, así como su duración, y el grado de restricción de la libertad ambulatoria del paciente, deben fundarse en motivos médicos y terapéuticos, determinados a través de una mirada interdisciplinaria de la situación de salud del mismo, y su entorno. De ningún modo el recurso de la internación podrá indicarse para dar solución a problemas sociales o de vivienda.”.

La asesora legislativa del Ministerio de Salud, señora Andrea Martones, se refirió a la indicación 1) y expresó que en dicha redacción se desprende que un médico psiquiatra no puede llegar y dar un alta dejando abandonado al paciente que está en situación de calle, sino que tendrá que agotar las medidas de asistencia social para dar el traslado adecuado a esa persona al lugar que le corresponda. Por tanto, ahora recaerá en el prestador la responsabilidad de hacer las gestiones y coordinaciones necesarias para reubicar al paciente en situación de calle.

Se planteó la inquietud en cuanto a que la obligación del prestador se limite sólo al traslado del paciente en situación de calle, lo que podría terminar en ser trasladado de día a alguna institución asistencial y, luego de noche, quedar nuevamente en situación de calle.

La señora Martones indicó que para prever esa hipótesis es que la indicación señala que el deber del prestador es agotar todas las instancias que correspondan con la finalidad de resguardar los derechos e integridad física y psíquica del paciente. Por tanto, dijo, la obligación no se agota solo con el traslado, ya que hacerlo y dejarlo en la calle, atenta contra la integridad de la persona.

Algunos diputados manifestaron no estar de acuerdo con las expresiones “De ningún modo”, por cuanto estiman que es demasiado restrictiva; habrían preferido utilizar la expresión “reubicación”.

El Jefe de Salud Mental del Ministerio de Salud señaló que la hospitalización es siempre por razones clínicas, eso es de su esencia, luego el problema se produce respecto de aquellos pacientes que son dados de alta y adolecen de alguna discapacidad o vulnerabilidad social. Agregó que hoy día el problema es que tales personas están residiendo en las clínicas psiquiátricas y no se han ido como tampoco han sido expulsadas de estas instituciones, por una parte, porque este tema no está regulado y por la otra, porque no se hace la gestión de reubicarlo socialmente. Afirmó que la indicación propuesta resuelve satisfactoriamente este problema.

**Sometidas a votación, la indicación 1) se aprobó por la unanimidad de los diputados presente (6 votos a favor); por igual votación se entiende rechazada las indicaciones 2).**

Votaron los diputados señores Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando, Rathgeb, Rubilar, y Torres.

#### Artículo 11-

Trata sobre la internación involuntaria señalando que afecta el derecho a la libertad personal de las personas con enfermedad o con 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<sup>7</sup>.

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 N° 20548.

<sup>7</sup> *Facultad de recurrir a la justicia por parte de toda persona que sufra ilegalmente privación, perturbación o amenaza de su derecho a la libertad personal y seguridad individual.*

--- Se presentaron cinco indicaciones:

**1)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en el artículo 11, la oración “de modo que deberá siempre ser autorizada y revisada por el juez de la Corte de Apelaciones respectiva”, por la siguiente expresión “y da derecho a recurrir”.

**2)** Del diputado Espejo, para intercalar en el inciso segundo letra a) entre la palabra “económicos” y la preposición “con” la frase: “ajenos a las prestaciones de salud,”

**3)** De las diputadas Cariola, Hernando, Rubilar y de los diputados Espejo, Rathgeb y Torres, para reemplazar en la letra a), en el inciso segundo del artículo 11 del texto del proyecto de ley, la frase “uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra” por la siguiente: “uno de los profesionales mencionados, siempre deberá ser un médico que cuente con las habilidades específicas requeridas”.

**4)** Del diputado Espejo, para intercalar en el inciso segundo, letra b), entre las palabras “alternativa” y “eficaz” la frase: “menos restrictiva y”

**5)** De la diputada Hernando, para modificar el artículo 11 de la siguiente manera:

a) Se incorpore una letra d) que exprese: “que la internación tenga una finalidad exclusivamente terapéutica”

b) Se incorpore una nueva letra e) que exprese: “que sea por el menor tiempo posible”

El Subsecretario de Salud Pública se manifestó en contra del texto del artículo 11 de la iniciativa por cuanto, como ya había indicado a propósito de normas anteriores ya aprobadas de este proyecto de ley, él está en contra de la judicialización de la internación involuntaria porque es oneroso, entraba el acceso igualitario a la acción de la justicia y no es lo suficientemente expedito cuando se requiera una hospitalización urgente.

Algunos diputados, por el contrario, se manifestaron en favor de esta norma, por cuanto señalaron que en Chile, los únicos garantes del debido respeto de las garantías y derechos fundamentales son los tribunales de justicia, en específico, las Cortes de Apelaciones mediante el conocimiento del recurso de amparo. Agregaron que cualquier otra autorización de carácter administrativo carece de la suficiente imparcialidad e independencia que se precisa para autorizar una hospitalización involuntaria.

El Subsecretario de Salud Pública señaló que en Chile existen aproximadamente mil internaciones por mes, esto es, a razón de tres por día lo que implicaría atosigar a las Cortes con requerimientos de esta naturaleza.

Otros diputados manifestaron que las Cortes ven temas específicos que superan con holgura los supuestos tres requerimientos de internaciones involuntarias.

Señalaron que ese fundamento no es razón suficiente para sostener que no sean las Cortes las que autoricen y revisen las hospitalizaciones involuntarias.

El Jefe de Salud Mental explicó que hoy el sistema de la hospitalización involuntaria opera mediante una ratificación ex post de parte del Secretario Regional Ministerial de Salud si la internación ha sido de urgencia o mediante una autorización previa si la internación no ha sido de urgencia, porque de lo contrario, en este último caso, se podría dar la figura del secuestro.

Los diputados cuestionaron la independencia de los Secretarios Regionales Ministeriales, por cuanto dependen del Gobierno Central y muchos no tienen suficientes conocimientos de este tipo de procedimientos, en cambio, los tribunales de justicia son los únicos que pueden garantizar esa imparcialidad e independencia.

El Subsecretario de Salud Pública sostuvo que la Corte Suprema mediante un fallo ha sostenido que en temas de esta naturaleza, por su especialidad técnica, debieran ser resueltos por la autoridad administrativa.

Sometido a votación el artículo 11 del texto del proyecto de ley, **se aprobó por mayoría de votos de los diputados presente** (seis votos a favor y uno en contra). Votaron a favor las diputadas Cariola (Presidenta), Hernando y Rubilar y los diputados Macaya, Rathgeb, y Torres. Votó en contra el diputado José Antonio Kast.

Se indicó que la disposición en análisis para referirse a la Corte de Apelaciones utiliza la locución “jueces”, que parece más adecuado hablar simplemente de Corte de Apelaciones, lo que fue acogido por la unanimidad de los diputados presentes, autorizando a la Secretaría de la Comisión para hacer los ajustes necesarios al texto de modo que cada vez que se aluda a la expresión “jueces” lo reemplace por “Corte de Apelaciones” o simplemente “Corte”.

Respecto de la indicación 1), se señaló que, a diferencia de la redacción del texto original, ésta hace “facultativa” la posibilidad de recurrir, en cambio el texto original hace obligatoria la intervención de la Corte ante una hospitalización involuntaria.

**La indicación 1) se rechazó por mayoría de votos** (uno a favor, dos en contra y cuatro abstenciones). Votó a favor el diputado Kast. Votaron en contra las diputadas Cariola (Presidenta) y Hernando. Se abstuvieron los diputados Macaya, Rathgeb, Rubilar y Torres.

**La indicación 2) se aprobó por mayoría de votos de los diputados presentes** (cuatro votos a favor y una abstención).

Votaron a favor las diputadas Hernando y Rubilar y los diputados Rathgeb, y Torres.  
Se abstuvo la diputada Cariola (Presidenta).

**La indicación 3) se aprobó por unanimidad de los diputados presentes**  
(cinco votos a favor).

Votaron a favor las diputadas Cariola (Presidenta), Hernando y Rubilar y los diputados Rathgeb, y Torres.

**La indicación 4) se aprobó por unanimidad de los diputados presente**  
(cuatro votos a favor).

Votaron a favor las diputadas Cariola (Presidenta), Hernando y Rubilar y el diputado Rathgeb.

**La indicación 5) se aprobó por unanimidad de los diputados presente**  
(cinco votos a favor).

Votaron a favor las diputadas Cariola (Presidenta), Hernando y Rubilar y los diputados Rathgeb, y Torres.

Artículo 12.-

Esta norma señala que caso de no ser posible efectuar un abordaje ambulatorio, 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 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 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 existen los supuestos necesarios para dicha medida, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

--- Se presentaron tres indicaciones:

**1)** De la diputada Hernando, para eliminar el inciso primero del artículo 12.

**2)** De los diputados Hernando y Torres, para modificar el inciso segundo del artículo 12 de la siguiente manera:

a) Para incorporar la frase “de urgencia” entre las palabras “involuntaria” y “debidamente”.

b) Para introducir la frase “por la autoridad sanitaria o el equipo de salud tratante,” entre las palabras “fundada” y “debe”

c) Para reemplazar la frase “en un plazo de doce horas” por la oración “a más tardar al día hábil siguiente desde que se produce la hospitalización”.

d) Para reemplazar las expresiones “al juez competente y al órgano de revisión” por las siguientes “a la Corte de Apelaciones competente”.

**3)** Del diputado Espejo, para reemplazar, en la letra c), en el inciso tercero del artículo 12 la frase “la externación” por la frase: “el alta hospitalaria”.

**Sometido a votación el artículo 12, en conjunto con las indicaciones 1), 2) y 3), sin mayor discusión, se aprobaron por la unanimidad de los diputados presentes (seis votos a favor).**

Votaron a favor los diputados Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando, Rubilar, Rathgeb, y Torres.

**Se deja constancia que se autorizó por acuerdo unánime de la Comisión a la Secretaría de la Comisión para que cada vez que el proyecto utilice las expresiones “la externación” sea reemplazada por “el alta hospitalaria”.**

#### Artículo 13.-

Dispone que la persona internada 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 internación. El paciente, o su abogado, podrá 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 autoacordado 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.

Se realizó votación dividida. **Se aprobó por unanimidad el inciso primero** (cuatro votos a favor); **por igual votación, se rechazaron los incisos segundo y tercero.**

Votaron a favor los diputados Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando y Rubilar.

Artículo 14-

Establece que 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 sesenta 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 a 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.

--- Se presentó una indicación, de los diputados Cariola y Torres para:

- Introducir la frase “de inmediato” entre las palabras “comunicarlo” y “al juez” (pero que debe decir Corte de Apelaciones según ya se había acordado);
- Reemplazar, cada vez que sea utilizada, la expresión “paciente” por “persona”; y
- Sustituir, cada vez que sea utilizada la referencia a la “Comisión Nacional de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales” por “Comisiones Regionales de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales”.

**Se aprobó, por unanimidad, el texto de la moción con la indicación referida** (cinco votos a favor).

Votaron a favor los diputados Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando y Rubilar y Torres.

Artículo 15.-

Dispone que el alta, o permiso de salida, constituye una 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, deberá 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.

--- Se presentó una indicación del diputado Espejo, para reemplazar el artículo 15 por el siguiente:

“Artículo 15.- En el caso de hospitalización involuntaria, el alta o permiso de salida es una facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. 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 él o para 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.”.

**Se aprobó por mayoría de votos** (cuatro votos a favor y una abstención).

**Por igual votación se rechazó el texto de la moción.**

Votaron a favor las diputadas Cariola (Presidenta), Hernando y Rubilar y Torres.

Se abstuvo el diputado Alvarado.

**Por unanimidad, la Comisión acordó intercalar la frase “cuando corresponda” a continuación de las expresiones “Secretaría Regional Ministerial de Salud”.**

Artículo 16.-

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

Transcurridos noventa 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 diferencias de criterio, se optará siempre por la que menos restrinja la libertad personal de la persona.

--- Se presentó una indicación, de la diputada Cariola, para modificar el artículo 16, de la siguiente manera:

a) Reemplázase el párrafo “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” por el siguiente “la Corte de Apelaciones respectiva designará un perito”.

b) Elimínase la frase final “En caso de diferencia de criterio, se optará siempre por la que menos restrinja la libertad personal del paciente.”

**Sometido a votación el artículo 16, en conjunto con la indicación referida, se aprobó por mayoría de votos** (cuatro votos a favor y una abstención).

Votaron a favor las diputadas Cariola (Presidenta), Hernando y Rubilar y Torres.

Se abstuvo el diputado Alvarado.

Artículo 17.-

Señala que para garantizar los derechos humanos de las personas con enfermedad o con discapacidad mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud serán los 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 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.

---- Se presentó una indicación, del diputado Espejo, para reemplazar en el artículo 17 la frase “miedo a” por la siguiente: “ser objeto de”.

**Se aprobó el artículo 17, en conjunto con la indicación por unanimidad de los diputados presentes** (cinco votos a favor).

Votaron a favor los diputados Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando y Rubilar y Torres.

Artículo 18.-

Señala que el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales o con discapacidad mental se realizará con apego a estándares de atención que garanticen:

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

--- Se presentaron tres indicaciones.

**1)** Del diputado Espejo, para intercalar en el inciso primero del artículo 18 entre la preposición “con” y la palabra “trastornos” la siguiente frase: “enfermedades o”

**2)** Del diputado Espejo, para reemplazar en el inciso primero del artículo 18, en su número 4, la frase “los pacientes” por la frase: “las personas”.

**3)** De los diputados Alvarado, Cariola, Hernando, Rathgeb, Rubilar y Torres, para modificar el artículo 18 de la siguiente manera:

a) El texto del numeral 1, reemplazarlo por el siguiente: 1. La atención de salud deberá realizarse en establecimientos acreditados conforme a la ley N° 19.966.

b) En el numeral 5, sustituir la frase “los requerimientos internacionales” por “la autorización sanitaria”.

**Se aprobó por unanimidad, el texto de la moción en conjunto con las referidas indicaciones** (seis votos a favor).

Votaron a favor los diputados Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando Rathgeb, Rubilar y Torres.

#### Título 4, nuevo.-

--- Se presentó una indicación, de los diputados Alvarado, Cariola, Hernando, Rathgeb, Rubilar y Torres para incorporar un título 4 (artículos 19 y 20), del siguiente tenor:

#### “Título 4°

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

Artículo 19.- Los familiares y otras 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 esta labor de cuidado, tales como contenidos psicoeducativos sobre las enfermedades mentales, la discapacidad y los tratamientos.

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

La señora Martones destacó esta indicación por cuanto pone de relieve el tema de la familia y sus derechos y señaló que la educación en este aspecto es fundamental para resguardar debidamente a las personas con enfermedades mentales. También destacó la creación de instancia comunitarias que promuevan la inclusión social de las personas con enfermedades mentales.

El señor Gómez propuso intercalar las expresiones “y apoyan” en el artículo 19 entre los vocablos “cuidan” y “a”.

**Se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes** (6 votos a favor).

Votaron los diputados señores Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando, Rathgeb, Rubilar, y Torres.

-- Se presentó una indicación del diputado Alvarado, para agregar un nuevo título IV al proyecto de ley, denominado “Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental”, compuesto de los siguientes artículos nuevos:

Artículo 19.- Las Instituciones de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud, Las mutuales de seguridad de la Ley N° 16.744 sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y el Ministerio de Salud podrán realizar actividades de promoción y prevención en salud mental, ya sean estrategias, programas, acciones o servicios de promoción y prevención y en caso de las Mutualidades, deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.

Por su parte las Instituciones de Salud Previsional, en el plazo de un año, desde la publicación de esta ley, podrán establecer ante la Superintendencia de Salud, un plan de acción o estrategia que permita que los tratamientos de las enfermedades mentales accedan a una idéntica cobertura que las enfermedades no psiquiátricas o mentales. Esta estrategia, deberá llevarse a cabo en el plazo de un año, una vez vencido el precitado plazo.

Artículo 20.- El Ministerio de Salud podrá determinar las bases técnicas para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral, dentro del plazo de un año, a partir de la publicación de la presente ley. A contar del referido plazo, las actividades previstas en el artículo primero serán obligatorias para las Instituciones de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud y las Mutuales de Seguridad de la Ley N° 16.744

Artículo 21.- Control Epidemiológica. El Ministerio de Salud podrá implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en el área de la salud mental, estos sistemas de medición o control han de incluir a lo menos en sus indicadores: enfermedades neropsiquiátricas no cubiertas por los problemas de salud GES, violencia intrafamiliar, violencia sexual y de género, maltrato infantil, consumo problemático de sustancias psicoactivas, conducta suicida, entre otros.

Con estos informes el Ministerio de Salud, podrá dar cumplimiento a lo prescrito en los arts. 11 y siguientes de la ley N° 19.966 que Establece el Régimen de Garantías de Salud, sobre el decreto que manda incorporar determinada patología como una Garantía Explícita de Salud.

**La indicación propuesta, tras un breve debate, fue declarada inadmisibile por la Presidenta de la Comisión, haciendo uso de sus facultades reglamentarias.**

No obstante lo anterior, la Comisión acordó dejar constancia que si bien es inadmisibile la indicación propuesta por el diputado Alvarado, por ser materias de iniciativa exclusiva del Presidente de la República, igualmente comprenden, apoyan y valoran su contenido, lo que desean dejar constancia de aquello e hicieron un llamado al Ejecutivo para que agote los esfuerzos a fin de que esta indicación pueda ser presentada con el patrocinio del Ejecutivo cuando esta iniciativa pase a conocimiento de la Sala.

Título 5, nuevo.-

-- Se presentó una indicación propuesta por los diputados Alvarado, Cariola, Hernando, Rathgeb, Rubilar, y Torres, para agregar un nuevo Título 5°, del siguiente tenor:

“Título 5°  
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.”.

Sometida a votación, sin mayor discusión, la indicación propuesta **se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes** (6 votos a favor).

Votaron los diputados señores Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando, Rathgeb, Rubilar, y Torres.

Título 6, nuevo.-

--- Se presentó una indicación de los diputados Alvarado, Cariola, Hernando, Rathgeb, Rubilar, y Torres, para agregar un nuevo Título 6°, del siguiente tenor:

“Título 6

Modificación a otros cuerpos legales

“Artículo 22.- Modifícase la ley N° 20.584<sup>8</sup>, de la siguiente manera:

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

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

**Se aprobó por unanimidad de los diputados presentes** (seis votos a favor).

Votaron a favor los diputados Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando Rathgeb, Rubilar y Torres.

b. Agréganse los siguientes incisos quinto y sexto a su artículo 14:

"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 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.

---

<sup>8</sup> Ley de derechos y deberes de los pacientes.

Con todo, 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."

**Se aprobó por unanimidad de los diputados presentes** (seis votos a favor).

Votaron a favor los diputados Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando Rathgeb, Rubilar y Torres.

c. Para derogar los artículos 23 y 24.

**Sin mayor discusión, se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes** (6 votos a favor).

Votaron los diputados señores Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando, Rathgeb, Rubilar, y Torres.

d. Para modificar el artículo 26, en los siguientes sentidos:

i. Para sustituir 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 de 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, inhumanas 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 una privación sensorial de la persona.

ii. Al inciso segundo:

1. Para intercalar entre las palabras "por" y "el", la frase "indicación médica, por"

2. Para reemplazar la frase "debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten", por la palabra "evitando".

3. Para intercalar entre las palabras "con" y "discapacidad", la frase "enfermedad mental o".

iii. Al inciso tercero, para sustituir la frase "del aislamiento o la sujeción" por la siguiente "de estas medidas excepcionales".

iv. Al inciso cuarto, para sustituir la frase "de aislamiento y contención" por "excepcionales de las que trata este artículo".

v. Al inciso quinto, para eliminar la frase "que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieren tener en establecimientos de salud y".

**Sin mayor discusión, se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes** (6 votos a favor).

Votaron los diputados señores Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando, Rathgeb, Rubilar, y Torres.

e. Para eliminar el artículo 27.

**Sin mayor discusión, se aprobó por la unanimidad de los diputados presentes** (6 votos a favor).

Votaron los diputados señores Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando, Rathgeb, Rubilar, y Torres.

f) 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 que no es posible conocer su preferencia, salvo si la condición física o mental que impide otorgar el consentimiento informado o expresar su preferencia, es una característica necesaria del grupo investigado.

En estas circunstancias, además de dar cabal cumplimiento a las normas contenidas en la ley N° 20.120<sup>9</sup> 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 evalúen el proyecto, no podrán encontrarse vinculados ni directa, ni indirectamente con el centro o institución en donde se desarrollará la investigación, ni con el investigador principal o el patrocinador del mismo.

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

En los casos de personas con enfermedad neurodegenerativa, éstas 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, la negativa de ellas a participar o continuar en la investigación deberá ser respetada.”

---

<sup>9</sup> Ley N° 20.120, sobre investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana.

**Se aprobó por unanimidad de los diputados presentes** (seis votos a favor).

Votaron a favor los diputados Alvarado, Cariola (Presidenta), Hernando, Rathgeb, Rubilar y Torres.

#### **IV.- ARTÍCULOS E INDICACIONES RECHAZADOS.**

##### Artículos rechazados.

No hay.

##### Indicaciones rechazadas.

###### Al artículo 1.-

**1)** Del diputado Alvarado, para agregar en el inciso primero, del artículo 1 del proyecto de ley, a continuación de su punto a parte que pasa a ser seguido, la siguiente expresión: “Priorizando a los niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades mentales en todos los niveles de la atención primaria de salud de la red pública de salud.”

**2)** Del diputado Espejo, para eliminar el inciso segundo, en el artículo 1.

**3)** Del diputado Alvarado, para agregar un nuevo inciso tercero, en el artículo 1 del proyecto de ley, del siguiente tenor:

“Ámbito de Aplicación. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y un componente del bienestar general. La presente ley se aplicará a todos los establecimientos de salud, de todos los niveles de atención primaria de la red pública de salud, a los Servicios de Salud, las municipalidades, al Fondo Nacional de Salud, a las Instituciones de Salud Previsional y al Ministerio de Salud.

###### Al artículo 3.-

**4)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en el artículo 3, la frase “y autonomía personal”, por la expresión, antecedida y seguida de una coma, “el respeto de la autonomía de la voluntad y a su intimidad, especialmente en la obtención, utilización, archivo, custodia y transmisión de la información y ficha clínica”.

###### Al artículo 4.-

**5)** De la diputada Hernando, para modificar el artículo 4, de la siguiente manera:

- a) Se suprima toda la redacción del inciso primero desde el primer punto seguido hasta la palabra “competentes” inclusive.
- b) Se incorpore la palabra “su” entre las palabras “dar” y “consentimiento”
- c) Se incorpore la frase “válido e” entre las palabras “consentimiento” e “informado”.
- d) Se sustituya la palabra “incapacidad mental” por “discapacidad cognitiva”.
- e) Se incorpore la frase “y esta sea” entre las palabras “raciocinio” y “calificada”

**6)** De la diputada Hernando, para agregar un nuevo inciso segundo, pasando el actual a ser tercero:

“El consentimiento de los niños se deberá tener en cuenta según su edad y nivel de madurez. Es deber del Estado garantizar que todos los niños que padezcan una enfermedad mental o, posean una discapacidad intelectual o psíquica, gocen plenamente de dichos derechos.”

**7)** Del diputado Macaya, para eliminar, en el inciso primero del artículo 4, la siguiente frase: “calificado por los tribunales competentes”.

Al artículo 6.-

**8)** Diputado Alvarado, para intercalar, entre las expresiones: “intervención médica” y “se rige”, la frase: “o prestación de salud, se rige en lo no previsto por esta ley,”.

**9)** Del diputado Alvarado, para agregar, a continuación del punto seguido que pasa a ser una coma, la siguiente expresión: “A que se le proporcione al paciente, usuario o a su representante legal dicha información por escrito; además requerirá del consentimiento, después de recibir dicha información, de los pacientes usuarios o de sus representantes legales, quienes decidirán libremente, con las excepciones previstas en el título tercero de esta ley”.

**10)** Del diputado Espejo, para sustituir frase “del consentimiento informado” por: “de la autonomía de la voluntad”

**11)** Del diputado Espejo, para intercalar entre las palabras “en” y “la”, la frase: “el Párrafo 6°, del Título II de”

**12)** Del diputado Espejo, para eliminar, después de la coma que pasa a ser punto seguido, la frase “, de modo que”.

**13)** Diputado Espejo, para sustituir la frase “Enfermedad o Discapacidad Mental”, por: “discapacidad psíquica o intelectual”.

**14)** Del diputado Alvarado, para agregar un inciso segundo, del siguiente tenor: “La información señalada en el inciso anterior deberá ser proporcionada por escrito al paciente o usuario, o a su representante legal, quienes decidirán libremente y manifestarán su consentimiento, salvo las excepciones contempladas en la ley.”.

Al artículo 7.-

**15)** Del diputado Espejo para intercalar en el primer inciso, del artículo 7°, entre las palabras “mental” y gozará” la siguiente frase: “de carácter psíquico o intelectual”

**16)** De la diputada Hernando, para sustituir en la letra b) del artículo 7° la frase “tratamientos invasivos o irreversibles” por la frase “intervenciones quirúrgicas irreversibles”.

**17)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en la letra c) del artículo 7°, la expresión “entendimiento, el consentimiento lo darán los familiares, los tutores, o el representante legal,” por la siguiente expresión:

“Serán informadas también su madre, su padre, su hijo (s) o hija (s) y otros parientes por consanguinidad y afinidad hasta el tercer grado inclusive, su representante legal u otra persona vinculada a él a falta de los anteriores, en este caso el consentimiento lo darán alguna de las personas precitadas”.

**18)** De la diputada Hernando, modifíquese el literal c) del artículo 7°de la siguiente manera:

a) Se sustituya la frase “Los sujetos cognitivamente impedidos”, por “Las personas con discapacidad intelectual o discapacidad psíquica”.

b) Se sustituya la palabra “los” entre “darán” y “familiares”, por “en conjunto con sus”.

**19)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en la letra e) del artículo 7°, la expresión “así como a contar con una instancia judicial de apelación”, por la siguiente:

“Cuya resolución constituirá una sentencia de primera instancia en el procedimiento civil ordinario, para todo efecto legal”

**20)** Del diputado Espejo, para reemplazar en la letra e), la palabra “internación” por la palabra: “hospitalización”

**21)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en la letra f), del artículo 7°, en la expresión “integral y humanizada”, la voz “y” por una coma e intercálese, entre las voces “humanizada” y “a partir”, la expresión: “especializada, los tratamientos con evidencia científica, con los tiempos y sesiones necesarias para obtener cambios en su salud y calidad de vida,”.

**22)** De la diputada Hernando, para sustituir en la letra i) del artículo 7° la palabra “fehaciente”, por “escrito”.

**23)** De la diputada Hernando, para sustituir en la letra j) del artículo 7° las palabras “padecimiento mental” por “trastorno mental, discapacidad intelectual o discapacidad psíquica”.

**24)** Del diputado Espejo, para reemplazar en la letra j) la palabra padecimiento por la siguiente: “enfermedad”

**25)** Del diputado Espejo, para reemplazar en la letra k) del artículo 7°, la palabra remuneración por la siguiente: “contraprestación”

**26)** Del diputado Alvarado, para agregar al artículo 7° una nueva letra l), del siguiente tenor:

“l) El alta del paciente o usuario. Todo paciente, así como su madre, su padre, su hijo (s) o hija (s) y otros parientes por consanguinidad y afinidad hasta el tercer grado inclusive, su representante legal u otra persona vinculada a él a falta de los anteriores, tendrá derecho a recibir de los médicos tratantes, una vez finalizado su tratamiento, su alta médica. Las características, requisitos y condiciones del contenido del alta médica podrán determinarse reglamentariamente por el Ministerio de Salud.”

**27)** De la diputada Hernando, para agregar una nueva letra l) al artículo 7:  
“l) Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado y, a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.”

**28)** Del diputado Macaya, para agregar al final del artículo 7, una nueva letra, l), con el siguiente texto:

“l) A tener derecho a la propia imagen y la honra, en virtud de lo cual no podrán obtenerse de pacientes con discapacidad mental, imágenes, fotografías o grabaciones de ellos sin su expreso consentimiento, especialmente en situaciones o circunstancias cuya exhibición pública o privada pudiere generar un menoscabo a su imagen y su dignidad.

Asimismo, se obliga expresamente a todas las entidades públicas o privadas que realicen actividades periódicas o esporádicas con personas con discapacidad mental, a mantener en reserva tanto sus antecedentes personales, como sus antecedentes médicos y de otra índole, no pudiendo revelarlos a terceros, salvo consentimiento expreso del discapacitado.”.

**29)** Del diputado Alvarado, para agregar al artículo 7° un nuevo inciso final del siguiente tenor:

“Este catálogo de derechos no es taxativo y deberá publicarse en los sitios web y en lugares visibles y accesibles de todos los hospitales, centros o unidades hospitalarias, clínicas, Instituciones de salud previsional, fondo nacional de salud, servicios de salud, el ministerio de salud y en toda institución o servicios que preste atención de salud en el país. Además, deberá proporcionarse el contenido de este catálogo, no solamente en lenguaje escrito, sino que también en otras formas de comunicación inclusivas, para personas con discapacidad auditiva y visual.”

Al artículo 8.-

**30)** De la diputada Hernando, para sustituir en el artículo 8 la frase “con padecimiento mental” por la frase “que padece una enfermedad mental o discapacidad intelectual o psíquica”.

**31)** Del diputado Espejo, para intercalar en el artículo 8, entre las palabras medicación y sólo, la siguiente palabra: “psiquiátrica”.

**32)** De los diputados Castro, Cariola, Rubilar y Torres, para modificar el artículo 8°, de la siguiente manera:

- a. Para intercalar entre las palabras “medicación” y “sólo”, la palabra “psiquiátrica”.
- b. Para reemplazar la palabra “fundamentales” por la palabra “terapéuticas”.

- c. Para eliminar la conjunción “o” que se encuentra entre la “,” y la palabra “para”.
- d. Para agregar a continuación de la palabra “especiales” y antes el punto seguido, la frase “u otras”.
- e. Para eliminar la frase “indicación y renovación de”.

Al artículo 9.-

**33)** Del diputado Macaya, para reemplazar el artículo 9° por el siguiente:

“Artículo 9°. La internación es un procedimiento terapéutico temporal que restringe el derecho a la libertad personal del paciente, y que sólo se justifica si las demás alternativas de procedimientos terapéuticos disponibles son menos beneficiosas para la salud del paciente, o resultan insuficientes para proteger la seguridad y la integridad de terceros. Se promoverá el mantenimiento de vínculos y comunicación de los pacientes internados con sus familiares y su entorno laboral y social.”

**34)** Del diputado Espejo, para eliminar la frase “que restringe el derecho a la libertad personal y”.

**35)** De los diputados Alvarado, Cariola, Hernando, Rathgeb, Torres, para agregar en el artículo 9°, entre el vocablo “terapéutico” y el pronombre “que”, la expresión “temporal”.

Al artículo 10.-

**36)** Del diputado Macaya, para reemplazar el artículo 10 por el siguiente:

“Artículo 10. La necesidad de internación, así como su duración, y el grado de restricción de la libertad ambulatoria del paciente, deben fundarse en motivos médicos y terapéuticos, determinados a través de una mirada interdisciplinaria de la situación de salud del mismo, y su entorno. De ningún modo el recurso de la internación podrá indicarse para dar solución a problemas sociales o de vivienda.”.

Al artículo 11.-

**37)** Del diputado Alvarado, para reemplazar en el artículo 11, la oración “de modo que deberá siempre ser autorizada y revisada por el juez de la Corte de Apelaciones respectiva”, por la siguiente expresión “y da derecho a recurrir”.

**Indicaciones inadmisibles.-**

--- Del diputado Alvarado, para agregar un título IV, nuevo, en el proyecto de ley, denominado "Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental", compuesto de los siguientes artículos nuevos:

Artículo 19.- Las Instituciones de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud, Las mutuales de seguridad de la Ley N° 16.744 sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y el Ministerio de Salud podrán realizar actividades de promoción y prevención en salud mental, ya sean estrategias, programas, acciones o servicios de promoción y prevención y en caso de las Mutualidades, deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores. Por su parte las Instituciones de Salud Previsional, en el plazo de un año, desde la publicación de esta ley, podrán establecer ante la Superintendencia de Salud, un plan de acción o estrategia que permita que los tratamientos de las enfermedades mentales accedan a una idéntica cobertura que las enfermedades no psiquiátricas o mentales. Esta estrategia, deberá llevarse a cabo en el plazo de un año, una vez vencido el precitado plazo.

Artículo 20.- El Ministerio de Salud podrá determinar las bases técnicas para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral, dentro del plazo de un año, a partir de la publicación de la presente ley. A contar del referido plazo, las actividades previstas en el artículo primero serán obligatorias para las Instituciones de Salud Previsional, el Fondo Nacional de Salud y las Mutuales de Seguridad de la Ley N° 16.744

Artículo 21.- Control Epidemiológica. El Ministerio de Salud podrá implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en el área de la salud mental, estos sistemas de medición o control han de incluir a lo menos en sus indicadores: enfermedades neropsiquiatricas no cubiertas por los problemas de salud GES, violencia intrafamiliar, violencia sexual y de género, maltrato infantil, consumo problemático de sustancias psicoactivas, conducta suicida, entre otros. Con estos informes el Ministerio de Salud, podrá dar cumplimiento a lo prescrito en los arts. 11 y siguientes de la ley N° 19.966 que Establece el Régimen de Garantías de Salud, sobre el decreto que manda incorporar determinada patología como una Garantía Explicita de Salud.

\* \* \* \* \*

Por las razones señaladas y por las que expondrá oportunamente la Diputada Informante, esta Comisión recomienda aprobar el proyecto de conformidad al siguiente texto:

## P R O Y E C T O   D E   L E Y

### 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, su derecho a 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. Dichos 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 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.

A su vez, 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, cuando lo requiera el paciente o su representante legal, por la autoridad competente.

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 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, libertad, 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, como los demás derechos garantizados a las personas, consagrados en otras normas internacionales, relacionadas con la materia y ratificadas 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.

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

Para el ejercicio del derecho a ser informado, se deberán emplear los medios y tecnologías adecuadas 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.

Se entiende la hospitalización psiquiátrica 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, así como por 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 toda persona con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica, goza de todos los derechos que la Constitución Política le garantiza a todas las personas. En especial, se reconocen los siguientes derechos:

- a) A ser reconocido siempre como sujeto de derecho.
- b) A que se vele, especialmente, por el respeto a su derecho a la vida privada, libertad de comunicación y libertad personal.
- c) A no ser sometido a tratamientos invasivos e irreversibles de carácter psiquiátrico, sin su consentimiento.
- d) 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 proceder al procedimiento de esterilización siempre que concurren previamente todas las circunstancias siguientes:
  1. Que la necesidad de realizar el procedimiento obedezca exclusivamente a indicación médica;
  2. Que se cuente con el consentimiento del representante legal, si lo hubiere;
  3. Que el comité de ética asistencial respectivo haya dado su opinión favorable, y
  4. Que la comisión nacional de protección de los derechos de las personas con enfermedades mental haya otorgado su aprobación.
- e) A que la Corte de Apelaciones respectiva autorice y supervise, periódicamente, las condiciones de una hospitalización involuntaria o voluntaria

prolongada, así como 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.

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. 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.

g) 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.

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

i) 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.

j) Derecho a recibir educación a nivel individual y familiar sobre su enfermedad mental o su discapacidad psíquica o intelectual, y las formas de autocuidado, y a ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares o a 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, y 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.

Asimismo, ninguna persona podrá permanecer hospitalizada indefinidamente, en razón de su discapacidad y condiciones sociales, siendo 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 a lo establecido en el artículo 21 de la Constitución.

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 es necesario que:

a) Exista un dictamen profesional del servicio asistencial que recomiende la hospitalización, con 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 relación de parentesco, amistad o vínculos económicos ajenos a las prestaciones de salud con el paciente.

b) Ausencia de otra alternativa menos restrictiva y eficaz para el tratamiento del paciente o la protección de terceros.

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas, si las hubiera. La Corte 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 N° 20.548.

d) Tenga una finalidad exclusivamente terapéutica.

e) 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 más tardar el día hábil siguiente desde que se produce la hospitalización, a la Corte de Apelaciones competente, dejándose constancia del cumplimiento de las garantías establecidas en el artículo 11.

Una vez notificado, en un plazo de tres días, la Corte 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 hospitalización en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para dicha medida, en cuyo caso debe 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.- 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 Enfermedades Mentales, y el equipo de salud a cargo, deberá comunicarlo de inmediato a la Corte de Apelaciones para que ésta evalúe, en un plazo no mayor a cinco días desde la toma de 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 15.- 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 él o para terceros. Dicha 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 16.- Habiéndose autorizado la hospitalización involuntaria, la Corte de Apelaciones habrá de solicitar informes en un lapso no mayor a treinta días, a fin de reevaluar si perduran los motivos que dieron origen a la medida, pudiendo en cualquier momento 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, a fin de

obtener una nueva evaluación.

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 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 implique un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. El funcionario podrá actuar bajo reserva de identidad, sin ser objeto de 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 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 conforme a la ley N° 19.966.
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 les proporcione a estas personas 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 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 otras 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 esta labor de cuidado, tales como contenidos psicoeducativos sobre las enfermedades mentales, la discapacidad y los tratamientos.

Artículo 20.- Los familiares de personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual tienen el derecho a organizarse para abogar por sus necesidades y las de las personas a quienes cuidan, crear instancias comunitarias que promuevan la inclusión social, y 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 Modificación a otros cuerpos 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:

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

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

b. 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 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.

Con todo, 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."

c) Deróganse los artículos 23 y 24.

d) Modifícase el artículo 26, en el siguiente sentido:

i. 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 de 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, inhumanas 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 una privación sensorial de la persona."

ii. En el inciso segundo:

1. Intercálase, entre las palabras "por" y "el", la frase "indicación médica, por".

2. Remplázase la frase "debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten", por la palabra "evitando".

3. intercálase, entre las palabras "con" y "discapacidad", la frase "enfermedad mental o".

iii. En el inciso tercero, sustitúyese la frase "del aislamiento o la sujeción" por la siguiente "de estas medidas excepcionales".

iv. En el inciso cuarto, reemplázase la frase "de aislamiento y contención" por la oración "excepcionales de las que trata este artículo".

v. En el inciso quinto, elimínase la frase "que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieren tener en establecimientos de salud y".

e. Elimínase el artículo 27.

f. 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 que no es posible conocer su preferencia, salvo si la condición física o mental que impide otorgar el consentimiento informado o expresar su preferencia, es una característica necesaria del grupo investigado.

En estas circunstancias, además de dar cabal cumplimiento a las normas contenidas en la ley N° 20.120 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 ni directa, ni indirectamente con el centro o institución en donde se desarrollará la investigación, ni con el investigador principal o el patrocinador del mismo.

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

En los casos de personas con enfermedad neurodegenerativa, éstas 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, la negativa de ellas a participar o continuar en la investigación deberá ser respetada.”.”.

\* \* \* \* \*

**Se designó Diputado Informante al señor Sergio Espejo Yaksic.**

\* \* \* \* \*

Tratado y acordado, según consta en las actas correspondientes a las sesiones de 5 de septiembre, 21 y 28 de noviembre, y 19 de diciembre de 2016, 9, 16,

23 y 24 de enero, 21 de marzo, 11 de abril, y 2, 9 y 16 de mayo de 2017, con asistencia de las diputadas y diputados Miguel Angel Alvarado Ramírez, Karol Cariola Oliva (Presidenta), Juan Luis Castro González, Gustavo Hasbún Selume, Marcela Hernando Pérez, José Antonio Kast Rist, Luis Lemus Aracena, Javier Macaya Danús, Nicolás Monckeberg Díaz, Manuel Monsalve Benavides, Marco Antonio Núñez Lozano, Jorge Rathgeb Schifferli, Karla Rubilar Barahona y Víctor Torres Jeldes.

Sala de la Comisión, a 16 de mayo de 2017.-



**ANA MARIA SKOKNIC DEFILIPPIS**  
Abogada Secretaria de la Comisión