

Concurso Políticas Públicas / 2014

# Propuestas para Chile



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CHILE

## Índice

---

<b>I. Estructura jurídica y gobierno de las universidades del Estado: bases para una reforma</b>	21
Andrés Bernasconi - Gabriel Bocksang	
<b>II. Inclusión de estudiantes con discapacidad en universidades chilenas: mecanismos de admisión y recursos para su implementación</b>	55
María Soledad Zuzulich - Consuelo Achiardi Ana María Hojas - María Rosa Lissi	
<b>III. 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</b>	89
Matías González - Jorge Calderón - Álvaro Jeria - Paula Repetto Gonzalo Valdivia - Ángela Vivanco	
<b>IV. Evaluación de tecnologías sanitarias en Chile: propuesta de institucionalización de un nuevo proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud</b>	119
Manuel Espinoza - Gonzalo Candía - Raúl Madrid	
<b>V. Institucionalidad de la evaluación e innovación en las políticas públicas: una propuesta multidimensional</b>	149
Francisco Gallego - Paula Bedregal - Fernando Irrázaval Ryan Cooper - Claudia Macías - Fiorella Squadritto	
<b>VI. Planes de Desarrollo Comunal: propuestas para mejorar su efectividad como instrumento de planificación, participación y rendición de cuentas municipal</b>	183
Miguel Ángel Ruz - Maximiliano Maldonado Arturo Orellana - Magdalena Vicuña	
<b>VII. Currículos comparados, percepciones docentes y formación de profesores para la formación ciudadana: tendencias y proposiciones de mejoramiento</b>	215
Rodrigo Mardones - Cristián Cox - Ana Farías - Carolina García	
<b>VIII. Hacia una ley de financiamiento público de partidos y organizaciones políticas</b>	247
Juan Pablo Luna - Nicolás Somma	
<b>IX. Inmigrantes profesionales: propuestas de mejora para que ejerzan en Chile</b>	273
Claudia Silva - Rosario Palacios - José Tessada	
<b>X. Pago de pensiones alimenticias: avanzando hacia una real y eficiente tutela de la infancia y la familia</b>	305
Claudio Valdivia - Fabiola Cortez-Monroy Carolina Escárte - Carolina Salinas	

# 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

INVESTIGADORES

**MATÍAS GONZÁLEZ**

Facultad de Medicina

**JORGE CALDERÓN**

Facultad de Medicina

**ÁLVARO JERIA**

Facultad de Medicina

**PAULA REPETTO**

Escuela de Psicología

**GONZALO VALDIVIA**

Facultad de Medicina

**ÁNGELA VIVANCO**

Facultad de Derecho

---

## Resumen

La salud mental (SM) ha sido definida 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” (Organización Mundial de la Salud, 2005a, pp. 10). En nuestro país, al igual que en muchas partes del mundo, los trastornos mentales representan una causa prevalente de carga por enfermedad, que se estima aumentará con el tiempo.

En el mundo, los procesos de reforma a la SM llevan varias décadas. En Latinoamérica en particular, este proceso se inició en 1990 con la Declaración de Caracas, que promovía la desinstitucionalización de la SM, el desarrollo de modelos de atención cercanos a los pacientes, en las comunidades y con una fuerte orientación a la rehabilitación: la llamada Salud Mental Comunitaria. Uno de los pilares de estas reformas ha sido el desarrollo de legislaciones específicas en SM.

En Chile, esta reforma se inicia con el Plan Nacional de SM (Ministerio de Salud, 2000) que proponía la instalación y el desarrollo de un modelo comunitario, con centros de atención especializados, un desarrollo armónico en todas las regiones del país, un aumento sustancial del presupuesto en SM, entre otras medidas. La última revisión de dichos logros (Minsal, 2014) muestra que varias de estas medidas no han sido alcanzadas en su totalidad.

Por otra parte, la legislación existente en Chile que regula el cuidado y la participación ciudadana de quienes padecen una de estas patologías está dispersa y muchas veces desalineada con compromisos internacionales suscritos por nuestro país, representando un enorme desafío a abordar. La OMS se ha propuesto que para el año 2020 el 70% de los países cuenten con legislaciones en SM que sean respetuosas de esta convención. Chile aun está en deuda con esa meta mundial.

Una Ley de Salud Mental puede ser la herramienta más eficaz que como sociedad podemos utilizar para acabar con el estigma, la discriminación, y la vulneración de los derechos de las personas que padecen de trastornos mentales; a su vez, permitiría resguardar y promover la salud mental de toda la población.

El objetivo general del presente proyecto es realizar una revisión comprehensiva de la literatura disponible sobre políticas nacionales de salud mental y efectuar una evaluación comparada de legislaciones vigentes en otros países, así como una descripción y análisis crítico de la normativa vigente en SM en Chile. Se generará un debate sobre posibles enfoques para abordar esta problemática, discutiendo respecto a la necesidad y pertinencia de una legislación específica para salud mental y el desarrollo de una propuesta general del marco legislativo para una Ley de Salud Mental para Chile. Se describirán los contenidos y alcances básicos indispensables que dicha propuesta debiese abordar. Los posibles beneficiarios serían aquellas personas que padezcan o potencialmente puedan padecer de una enfermedad mental, sus familias y en último término, el país.

## **Antecedentes**

La salud mental es un componente relevante para alcanzar el goce de una salud plena tanto de individuos como comunidades, y ha sido definido como “un estado de bienestar en el que cada individuo puede desarrollar su potencial, 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” (OMS, 2005a, p. 10).

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, 2005b) en cuanto a considerarla en el diseño de todas las políticas –*no health without mental health*–, el cual se fundamenta en la relevancia que la salud mental tiene en el concepto de “pérdida de salud” y, por tanto, la significancia del capital en salud mental. Esto ha sido recogido en indicadores que muestran personas, comunidades, países y regiones geográficas afectadas por muertes evitables y prematuras, morbilidad, discapacidad, impacto en calidad de vida, efectos en la esfera económica y social en entornos muchas veces teñidos por situaciones de desigualdad social e inequidad en salud, situaciones que generan un impacto adverso en el desarrollo de los países. Por otra parte, desatender los trastornos mentales se traduce en un perjuicio directo para la salud global de la población (Patel y Kleinman, 2003; Prince et al., 2007; Saraceno y Dua, 2009; OMS, 2010).

Pese a los esfuerzos realizados a nivel nacional mediante planes y programas, Chile exhibe una situación compleja en materia de salud mental. En efecto, si bien la protección de la salud mental y el acceso a las acciones que le son propias se reconoce como un derecho humano básico y tanto la protección de salud en todas sus variantes, como la integridad psíquica están reconocidas como garantías constitucionales<sup>1</sup>, la situación legislativa que desarrolla y regula estos derechos es pobre y no resulta comprensiva de la riqueza conceptual y de la multiplicidad de elementos que conforman un adecuado modelo jurídico dedicado a la efectiva materialización de este derecho.

En el contexto de una situación que tiende a repetirse en un patrón relativamente común en los países, diversos organismos internacionales han establecido la conveniencia de desarrollar iniciativas de legislación específica en materia de salud mental, con el objetivo de generar un esfuerzo estructural conducente a propiciar mejores condiciones para su cuidado.

La experiencia internacional avala también esta indicación, a juzgar por los resultados y mejorías observados en países que han avanzado hacia la creación y puesta en acción de leyes de salud mental, producto del debate y acuerdos sobre esta temática.

Es importante recoger dicha experiencia y análisis en el caso chileno a fin de superar las situaciones de vulneración de derechos de los pacientes cuya salud mental se encuentra afectada, y de considerar integralmente a la salud mental como un factor impostergable del cuidado de la salud de la población, lo cual requiere un sólido núcleo normativo que se compadezca de los avances y construcciones cuyo ejemplo encontramos en la legislación y jurisprudencia comparada.

---

1 Artículo 19, números 9° y 1° de la Constitución de 1980, Chile.

TABLA 1. Razones para legislar sobre salud mental

- Salud mental como un componente fundamental para alcanzar una salud plena.
- De acuerdo a la OMS debería estar considerada en el diseño de todas las políticas públicas.
- La pérdida de la salud mental tiene un impacto importante en la vida de las personas y comunidades.
- La protección de la salud mental se reconoce como un derecho humano básico.
- La Constitución de 1980 incorpora garantías constitucionales respecto de la salud mental de las personas.
- Situación legislativa en Chile es pobre, no está actualizada y no reconoce riqueza conceptual del problema.

## 1. Metodología

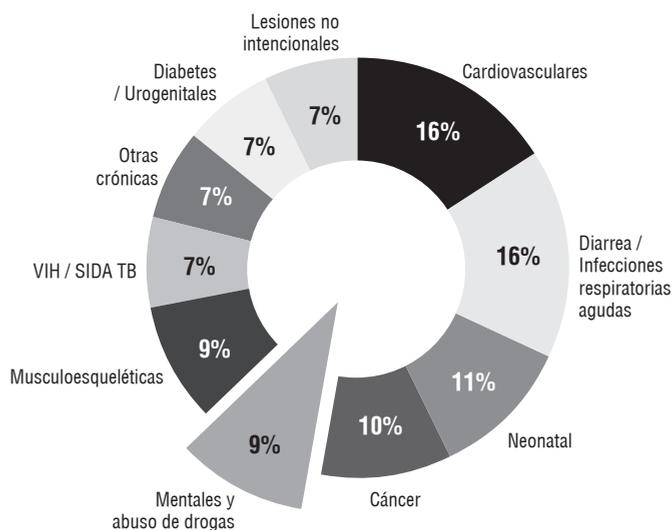
Se usaron tres estrategias metodológicas para alcanzar los objetivos propuestos, todas orientadas a obtener información sobre la necesidad de legislar sobre salud mental, recopilar información y comparar legislaciones de otros países y evaluar las actitudes y opiniones de grupos relevantes sobre este tema. Las estrategias utilizadas se detallan a continuación:

- a. Revisión de la literatura existente. Se realizó una revisión de la literatura existente de pautas, estrategias, recomendaciones e investigación necesarias de incluir para el desarrollo de una legislación en salud mental. Se buscó información respecto de los siguientes temas: (i) estadísticas de salud mental en Chile y en el mundo; (ii) convenciones, documentos de trabajo, informe de estudios nacionales, programas nacionales de salud mental, lineamientos para propuestas legislativas; y (iii) legislaciones vigentes en salud mental de distintos países. Se utilizaron distintas fuentes de datos y buscadores, entre ellos, Pubmed, SCIELO y bases de datos de distintas organizaciones relacionadas con el tema. También se recopilaron documentos históricos del Ministerio de Salud (Minsal), reglamentos y otros documentos de interés nacional e internacional.
- b. Reunión de expertos. El trabajo del equipo de investigadores del proyecto fue organizado como grupo de expertos que abordan distintos elementos para una legislación en salud mental, de manera que en cada reunión se definieron temas a tratar, llevando a cabo una discusión y análisis de la información disponible. Se trabajó en la definición de los temas que deberían ser abordados y cómo estructurar el trabajo para sustentar la justificación de una ley de Salud Mental, la situación actual de esta en Chile, los elementos que debieran ser incorporados en una legislación de SM y las principales legislaciones de otros países.
- c. Evaluación de actitudes y opiniones de expertos e informantes clave. Se entendió como informantes clave a personas y profesionales expertos en el tema, legisladores, investigadores, representantes de organizaciones profesionales y de pacientes. Para conocer su posición respecto de una potencial ley en Salud Mental, se elaboró un instrumento autoadministrado que abordó distintas dimensiones respecto de la posibilidad de legislar en salud mental, cuyas respuestas orientaron el análisis del presente documento.

## 2. Antecedentes que respaldan la elaboración de una ley de Salud Mental en Chile

Las consecuencias y daños derivados de trastornos mentales han quedado de manifiesto en las sucesivas evaluaciones de la denominada carga de enfermedad (Banco Mundial, 1993; Murray y López, 1996). Los datos reportados hasta 2010 (Whiteford et al., 2013) indican que “entre 1990 y 2010 la carga total de las enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias, cuantificadas en la pérdida de años de vida saludables ajustados por discapacidad (AVISA en español, DALY’s –*Disability Adjusted Life Years*– en inglés) se incrementó en un 37,6%, llegando a 183.9 millones” de AVISA por esta causa. Las proyecciones al año 2030 (Prince et al., 2007) indican que las enfermedades neuropsiquiátricas representarán un 25,4% del total de AVISA por enfermedades no transmisibles, cifra que se eleva al 32,9% en países desarrollados (Figura 1).

FIGURA 1. Pérdida de Años de Vida Saludable (AVISA) debido a condiciones crónicas (modificado de Whiteford, 2013)



Fuente: elaboración propia en base a Whiteford (2013).

Los AVISA permiten visualizar mejor la importancia de la discapacidad como pérdida en salud, relativizando así el peso de la mortalidad, la que no es tan gravitante para las enfermedades neuropsiquiátricas. La medición de la carga de enfermedad permite identificar y fijar prioridades de intervención (curativa y preventiva), logrando mejor focalización de la provisión de recursos y servicios de atención al nivel poblacional, siendo de utilidad también para evaluar dichas intervenciones.

Confirmando lo anterior, el Estudio Chileno de Carga de Enfermedad (2007) mostró que las condiciones neuropsiquiátricas lideran los AVISA y años de vida perdidos por discapacidad (AVD), con posiciones más bajas en años de vida perdidos por muerte prematura y mortalidad. Este antecedente es relevante, ya que Chile está en un proceso avanzado de transición demográfica y epidemiológica (Omram, 1971), caracterizado por envejecimiento poblacional y mayor expectativa de vida (Albala y Vio, 1995; OMS, 2014). Consecuencia de ello es la alta prevalencia de enfermedades crónicas y enfermedad mental, las que suelen coexistir. La actual cobertura de servicios de atención de salud mental y su impacto en cuanto a alcanzar metas terapéuticas adecuadas muestra debilidades manifiestas y escasa mejoría (Minsal, 2004, 2010).

La proyección de este proceso de transición no es alentadora (cuarta fase de la transición), puesto que países de alto nivel de desarrollo que se encuentran en fases avanzadas reportan un cambio epidemiológico en relación a las enfermedades mentales (suicidio, deterioro cognitivo y calidad de vida disminuida en el adulto mayor) y enfermedades crónicas de compleja y costosa resolución (Valdivia, 2006).

### **3. Situación de la atención de salud mental en Chile: barreras y obstáculos**

Chile cuenta con una amplia red de salud pública, organizada en 29 Servicios de Salud, que abarca todas las regiones del país y proporciona atención médica aproximadamente al 70% de la población. Hay un fuerte componente y énfasis en servicios de atención primaria, con buena cobertura poblacional. Desde el año 2001, el Plan Nacional de Salud Mental, fruto de un trabajo colaborativo que incluyó a distintos actores sociales, ha sido parcialmente implementado, contribuyendo a mejorar gradualmente el acceso a atención en salud mental (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Una aproximación válida a la necesidad de una legislación en salud mental para Chile se deriva de las dificultades existentes para lograr la completa implementación del Plan Nacional de Salud Mental.

Saraceno (2007) postula que, universalmente, los principales obstáculos para mejorar la salud mental de los países son la falta de fondos, la centralización de los recursos; las dificultades en su integración a la atención primaria; la escasez de profesionales con formación adecuada en SM; y la falta de formación de líderes en salud mental.

La centralización de los servicios y recursos en salud mental que se observa en Chile se presenta también en muchos países, en los cuales la concentración de servicios en grandes ciudades capitales y grandes hospitales psiquiátricos son barreras complejas de modificar para incorporar modelos de provisión de servicios mejor adaptados a los requerimientos de la psiquiatría comunitaria actual.

Resulta esencial en Chile la redistribución de recursos y la mejoría en la coordinación de los servicios encargados de la provisión de cuidados de salud mental, guiada por la estructura de “pirámide de los servicios” propiciada por la Organización Mundial de la Salud (Funk et al., 2005).

#### **4. La discriminación estructural como una problemática para la salud mental chilena**

Una flagrante situación de discriminación y estigma hacia el trastorno mental es la denominada “discriminación estructural” (Link y Phelan, 2001), que se traduce en la asignación de restringidos recursos para su desarrollo, amenazando también la garantía de calidad de dichos servicios. En el caso de observarse discriminación y estigmatización, las personas con trastornos mentales recibirán servicios en cantidad y calidad menores que los servicios orientados a atender problemas de salud física.

En Chile, la discriminación estructural es abismante: el porcentaje del presupuesto de salud en el sistema público que se destinó a salud mental en el año 2012 fue de 2,16%, guarismo muy distante del 5% propuesto en el Plan Nacional de Salud Mental y con una brecha creciente en acceso, calidad y equidad en salud para quienes padecen un trastorno mental (Minsal, 2014).

Otra importante barrera es la inadecuada integración de la red de servicios de atención de salud y la escasa potenciación de recursos en la atención primaria (expresada en calificación y capacitación de recursos humanos en salud, formación continua, supervisión, delegación de funciones, incentivos virtuosos, reconocimiento profesional y social, tecnologías de la comunicación integradas a la atención y retención de recursos humanos en esta área).

La sola dotación de más RR.HH., de insumos y el logro de mejores coberturas mediante programas especiales, no garantizan necesariamente avances en el control y prevención de trastornos mentales. Se han señalado coberturas de 60% para la depresión en el sistema público de atención, apuntando también a considerar objetivamente la calidad de la atención prestada, la certificación de los prestadores, la acreditación de los centros, el apego a estándares aceptables y finalmente, el logro terapéutico de lo comprometido.

El énfasis en el control de las enfermedades mentales ha privilegiado los aspectos terapéuticos por sobre los preventivos, descuidando así intervenciones que apuntan al control de las “causas de las causas” (Rose, 2001) y que inciden en la dinámica de aparición de los trastornos mentales.

Una Ley de Salud Mental contribuiría a definir estrategias que aseguren dicho financiamiento y que comprometan su mantención en el tiempo, independientemente de la situación política del país.

La escasa madurez política, deliberativa y del discurso del sistema legislativo chileno, limita también la incorporación de legislación de vanguardia y progresista en materia de control y prevención de factores de riesgo conocidos y modificables de múltiples trastornos mentales, como ha quedado de manifiesto en casos emblemáticos –compleja gestión de la legislación sobre consumo de tabaco; utilización instrumental de alzas de impuestos en consumos sensibles en salud mental (alcohol, tabaco, alimentos); dificultad en el control de consumo de alcohol e influencia adversa de compromisos comerciales que restringen el aumento de impuestos; políticas frágiles de control y consumo de drogas ilícitas; ambientes laborales desregulados que exponen a la población chilena a experimentar relaciones desventajosas para la salud y un trabajo precario.

TABLA 2. **Problemas en la atención de salud mental en Chile**

- Existe un Plan de Salud Mental que está vigente pero que ha sido difícil de implementar por falta de fondos, excesiva centralización y dificultades de integración con redes de atención primaria.
- Presupuesto destinado a salud mental es muy limitado, menor al sugerido por la OMS.
- Falta de profesionales capacitados en salud mental para responder a las necesidades de la población.
- Excesivo énfasis en el tratamiento y poca preocupación por la prevención.
- Poca especialización de profesionales que atienden a estos pacientes.
- Falta incorporar legislación de vanguardia para poder enfrentar los problemas de salud mental.
- Financiamiento no estable en el tiempo.

## 5. Sobre la necesidad de una legislación en salud mental en el derecho comparado

La OMS en su “Programa de Acción para Superar la Brecha en Salud Mental” (OMS, 2008) identifica la necesidad de los países de contar con una legislación sobre salud mental como algo esencial, que “codifica y consolida los principios fundamentales, los valores, los propósitos y los objetivos de las políticas y los programas de Salud Mental” (OMS, 2008, p. 19), y que se deriva de la situación de “vulnerabilidad única de las personas que padecen trastornos mentales, que enfrentan estigma, discriminación y marginalización en la mayoría de las sociedades, con un alto riesgo de violaciones a sus derechos humanos” (OMS, 2009, p. 12), transformándolos en poblaciones de mayor vulnerabilidad y riesgo.

Bajo esa perspectiva, la legislación “proporciona un marco jurídico para promover los derechos humanos, prevenir su vulneración y abordar los temas fundamentales que afectan a las vidas de quienes padecen trastornos

mentales” (OMS, 2008, p. 19). Situaciones de vulneración a los 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 que padecen de algún trastorno mental.

Una legislación específica en salud mental representa un desafío para los países, en cuanto se hace necesario esclarecer el estado en la cual ella se encuentra, brindando así la oportunidad de impulsar un desarrollo en esta temática social en un marco de respeto e inclusión de todos los ciudadanos.

Permite también alinear los compromisos formales suscritos internacionalmente, como son la Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad (Organización de Naciones Unidas, 2008), que propone garantizar el desarrollo y la continuidad de un modelo comunitario como solución eficiente para las dificultades en salud mental; y la Convención de los Derechos del Niño (Unicef, 1990), ambas suscritas y ratificadas por Chile.

En Latinoamérica, ya hacia el año 2005, el 77% de los países habían desarrollado un Plan Nacional de Salud Mental, y un 75% contaba ya con legislación específica para salud mental (OMS, 2005c), revelando así un evidente retraso en la incorporación de esta recomendación en Chile (ver Anexo 1).

La reforma del modelo de provisión de servicios en salud mental deriva de la Declaración de Caracas (1990) en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de los cuidados psiquiátricos en Latinoamérica (Caldas de Almeida, 2010). En su propuesta se consideró la creciente evidencia sobre las limitaciones del modelo “hospitalario” de cuidados en salud mental en cuanto a satisfacer las múltiples y complejas necesidades de los pacientes, descartando, además, que la salud mental se “resolviera” de la mano del desarrollo socioeconómico de los países únicamente.

En su declaración, esta Conferencia abogaba por “la integración de la salud mental en la Atención Primaria de Salud, la sustitución del cuidado centrado en el Hospital por el cuidado basado en dispositivos comunitarios, y la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental” (Caldas de Almeida, 2010, p. 1).

Esta declaración generó un punto de inflexión para el inicio de una oleada de reformas regionales en salud mental, apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y por la OMS, enfocadas todas al desarrollo de políticas públicas nacionales en salud mental.

El desarrollo de legislaciones relacionadas con salud mental –ya sea de corte general o específico–, ha sido de amplio debate internacional. Evidencia de legislación comparada dentro de grupos específicos de países, como aquellos pertenecientes al Commonwealth, muestra que las legislaciones pre-

sentan grandes diferencias en cuanto a su estructura y contenido, y que en temas relacionados al tratamiento involuntario de personas, no satisfacen estándares mínimos derivados de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Fistein et al., 2009).

La OMS propone que los temas presentes en una legislación en salud mental, cuando esta se desarrolla en un contexto de respeto a los derechos humanos de las personas, provean “un marco legal para enfrentar diferentes dificultades tales como: el acceso a cuidados de salud mental, rehabilitación, integración de las personas que padecen trastornos mentales en la sociedad y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad” (OMS, 2003, p. 11).

Así también, una legislación en salud mental debe abordar “las hospitalizaciones y tratamientos involuntarios, la situación de infractores de ley con trastornos mentales, la prevención de la discriminación y el apoyo y mantenimiento de los plenos derechos humanos de todas las personas que padecen un trastorno mental” (OMS, 2009, p. 12).

Dada la grave vulneración a los derechos humanos y a lo establecido en la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, en particular con Discapacidad Psíquica, urge en Chile adoptar medidas bien protocolizadas para el tratamiento y la hospitalización de personas con trastornos mentales.

**TABLA 3. Razones para legislar en salud mental desde el derecho comparado**

- Permite promover y proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Promueve integración de personas con problemas de salud mental en las comunidades.
- Permite alinear la legislación con compromisos suscritos por el gobierno chileno, como la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad y la Convención de Derechos del Niño.
- Permite enfrentar temas como: acceso a cuidados de salud mental, rehabilitación, integración de estas personas y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad.

## Propuesta

### **La situación propicia de Chile para plantear una Ley de Salud Mental**

En Chile el cuidado de la salud mental se transforma en un desafío y prioridad, considerando que la prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos es de 31,5%, de 22% en los últimos 12 meses, y que un 3,3% de la población presenta trastornos graves, de los cuales solo 48% accede a tratamiento (Vicente et al., 2006).

Los trastornos psiquiátricos ocupan el primer lugar entre quienes presentan incapacidad transitoria en beneficiarios del sistema público. También representan el 20,4% de todos los subsidios por incapacidad laboral de los beneficiarios de las Isapre (Miranda et al., 2012).

Desde el año 2000, y especialmente desde el año 2005, se inició en Chile una gran Reforma de la Salud Pública, basada en el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE), y el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS). Se planteó también un “cambio en el modelo de atención desde uno esencialmente curativo hacia uno que incorpora la promoción y la prevención, así como la integralidad en la atención” (Centro de Políticas Públicas UC, 2014, p. 6).

La primera reforma fue acompañada de un cuerpo legal explícito y específico, que permite que a la fecha el Plan AUGE se mantenga vigente y operativo. No obstante, el fortalecimiento de la APS “no contó con un marco normativo, dificultando así su real concreción” (Centro de Políticas Públicas UC, 2014, p. 7).

Desarrollado en el año 2000, el Plan Nacional de Salud Mental (Minsal, 2000) buscó impulsar el diseño e implementación de una red pública de Salud Mental. Dicho proceso ha sido parcial, mejorando gradualmente el acceso a atención en centros comunitarios de Salud Mental y dando relevancia a la APS como pilar para el tratamiento de los trastornos mentales.

Persiste aun una brecha entre la demanda y el acceso a atención de Salud Mental, especialmente en comunas socioeconómicamente vulnerables y con limitado desarrollo de estrategias definidas en Salud Mental infanto-juvenil, promoción, prevención y rehabilitación. Se han detectado también vacíos e imperfecciones en la normativa regulatoria de internación de pacientes contra su voluntad, transgrediendo, incluso, normas constitucionales<sup>2</sup> y vulnerando derechos humanos de los afectados.

La aplicación e implementación del Plan Nacional de Salud Mental se ha visto también restringido por la ausencia de un cuerpo legal que lo sustente. Una Ley de Salud Mental podría definir estrategias que propicien condiciones favorables para asegurar, con las actualizaciones del caso, dicha aplicación e implementación, asociada al financiamiento necesario, y propiciando su mantención en el tiempo, independientemente de la situación política del país.

## **1. Los determinantes sociales y su articulación con una Ley de Salud Mental**

En experiencias internacionales la estrategia de implementación se ha mostrado ineficiente cuando el único sector público involucrado es el de salud. Por ello, y en consonancia con el trabajo de la Comisión sobre Determinantes

---

<sup>2</sup> Decreto Supremo N° 570, del 28 de agosto de 1998, Ministerio de Salud: Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales.

Sociales de la Salud<sup>3</sup> (Solar y Irwin, 2007), la OMS propone generar estructuras de trabajo intersectorial, incluyendo áreas como vivienda, educación, justicia, desarrollo social y hacienda. El logro de dicha integración se facilita con un cuerpo legal que lo regule y fomente, elemento que constituye también una fundamentación adicional para proponer la creación de legislación en el área.

La disyuntiva en cuanto a avanzar vía una iniciativa legal, o bien estimulando el mejor desarrollo de aquellos determinantes vinculados con salud mental, potenciándolos intersectorialmente mediante la optimización de instrumentos legales ya existentes, merece un breve desarrollo. Desde la perspectiva de la promoción de salud y prevención de la enfermedad, intervenciones que apunten a la modificación de “las causas de las causas”, tienen un sentido lógico y apuntan en dirección de una salud pública moderna. Chile es un país que se caracteriza por su diseño de alta densidad en materia de instrumentos y programas de protección social, de amplio recorrido e integración multisectorial, montados en una base de diversas instituciones del estado y ministerios (Ministerio de Desarrollo Social, 2014).

Algunos de los programas ya tienen algún tiempo en el país y muestran promisorios resultados, destacando entre ellos la iniciativa Chile Crece Contigo, programa que se orienta a un foco de especial interés en materia de salud mental, como es la población infanto-juvenil (Chile Crece Contigo, 2014).

Estas iniciativas establecen un adecuado marco de desarrollo en aspectos preventivos y de promoción de la salud mental, abordando gran parte de los determinantes sociales clave e importantes de intervenir tempranamente. En la misma dirección operan iniciativas en relación con la protección de personas (adulto mayor, población de alto riesgo social por desprotección social, trabajadores), los espacios ciudadanos, territorios comunales, ciudades amigables, seguridad ciudadana y vigilancia de usos de drogas, tabaco, alcohol, alimentación saludable, literacidad en salud y uso de tecnologías de la información.

Una ley chilena de salud mental que en una primera instancia incorpore los elementos centrales más desatendidos de los pacientes psiquiátricos y sus aspectos estructurales, augura un promisorio impacto en nuestra sociedad, resultado de la complementación de las acciones del Estado y otras organizaciones con las obligaciones y regulaciones de una Ley de Salud Mental.

La integración eficiente y que resguarde la calidad de la salud mental en APS es otra barrera que se levanta en nuestro país como una dificultad a resolver con urgencia. Probablemente ello responda más bien a una situación

3 Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

global de la APS, donde “evidencia internacional muestra que una APS fuerte logra mejores resultados en los desafíos de salud que existen hoy en cuanto a efectividad, eficiencia y equidad” (Centro de Políticas Públicas UC, 2014, p.6). Dicha integración puede ser materia de ley, dado que el acceso y calidad debiesen ser regulados mediante instrumentos adecuados.

La escasez de profesionales con formación que cumplan con las competencias necesarias para trabajar en salud mental, y el desarrollo de una fuerza de trabajo adecuada también resultan ser críticos. Entre los incentivos para atraer capital humano competente a este nivel, deben considerarse los estímulos económicos, la calidad de los ambientes de los equipos de trabajo, la oferta de educación continua atractiva, el reconocimiento social de los trabajadores y la estimulación del desarrollo de liderazgos locales con énfasis en salud pública.

La participación ciudadana, involucrando a organizaciones sociales, de pacientes y familiares, es crítica al momento de construir un acuerdo como el necesario para poder abordar de manera eficiente y efectiva el problema de la salud mental en Chile.

Una Ley de Salud Mental para Chile puede ser la respuesta nacional para la urgente necesidad de asegurar el desarrollo y la continuidad de un modelo universal propuesto y probado, que contribuya a cerrar las brechas de desigualdad en la provisión de servicios, asegurando coberturas adecuadas y cuidados satisfactorios en salud mental, con estándares claros, persiguiendo un mayor acceso y equidad, una mejor calidad, y un respeto irrestricto a los derechos de las personas con trastornos mentales.

**TABLA 4. Condiciones que propician una Ley de Salud Mental en Chile**

- Alta prevalencia de vida de trastornos de salud mental en Chile y solo un 48% accede a tratamiento.
- Primer lugar en incapacidad laboral transitoria en el sistema público.
- Necesidad de un marco normativo para fortalecer el trabajo de atención primaria en salud mental.
- Vacíos en normas regulatorias que dejan espacio para vulneración de derechos de estos pacientes.
- Plan Nacional de Salud Mental requiere de un cuerpo legal que lo sustente.
- Permite integrar un trabajo intersectorial que integre las distintas iniciativas existentes de prevención y cuidado en salud mental.
- Permite mejorar condiciones de trabajo de profesionales y potenciar su formación.
- Favorece la participación ciudadana para abordar el cuidado de salud mental de estos pacientes.

## 2. Marco jurídico chileno y la inserción de una Ley de Salud Mental

La Constitución Política de 1980 consagra, entre sus garantías, el derecho a la protección de la salud y el derecho a la integridad psíquica del individuo en el artículo 19 números 9 y 1, respectivamente. Al analizar las actas de la Comisión de Estudios de dicha Constitución, se deja constancia en ellas de que el concepto de salud que se utiliza alude a todas las condiciones y expresiones del bienestar tanto físico como mental del individuo, lo cual guarda correlato con el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que prevé en su artículo 12 el reconocimiento del derecho de toda persona al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Ministerio de Relaciones Exteriores, 1989, p. 5)<sup>4</sup>.

Debe, además, tenerse presente en el marco constitucional aplicable a esta materia la prohibición de discriminación arbitraria que se consagra en el N° 2 del mismo artículo 19, la cual demanda el resguardo de la igualdad ante la ley de todas las personas sin hacer distingo entre ellas basado en la subjetividad, prejuicio o simple deseabilidad, de lo cual deriva que puede considerarse una infracción a este mandato la inferior protección o la mantención de la situación de alta vulnerabilidad de un cierto tipo de pacientes: en este caso, los que presentan patologías o trastornos asociados a la salud mental.

Tal vulnerabilidad, asimismo, importa una reducción de los espacios de protección de otros derechos constitucionales de estas personas, tales como la libertad personal –garantizada en el artículo 19 N° 7 de la Carta Fundamental–, el derecho a defensa jurídica –consagrado en el N° 3 del mismo artículo– o las libertades de conciencia y de expresión –reconocidas en los números 6 y 12 del mismo artículo.

En este marco constitucional, la regulación y desarrollo de tales garantías debe ser efectuado por ley, lo cual significa contar con un estatuto general y obligatorio, sometido a los controles de constitucionalidad previstos en la propia Carta, dotado de obligatoriedad y herramientas jurídicas efectivas para hacer justiciables los derechos aquí aludidos.

No es equivalente a un tratamiento legal el que existan en un país reglamentos, instrucciones u otro tipo de directrices administrativas en la materia.

4 El concepto del “más alto nivel posible de salud”, al que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud: definición original del Apartado 9 de la Observación General N° 14.

Ello se debe a que tales preceptos no cuentan con una discusión parlamentaria y representativa, sino que son herramientas regulatorias del ejecutivo; no cuentan con los controles propios de una ley ni con el desarrollo conceptual de esta y, sin duda, no gozan de las capacidades de esta para ordenar y alinear a los distintos órganos públicos tras sus mandatos. Ello no obsta a que estos sean luego desarrollados en reglamentos y otras normas de inferior rango, ni tampoco a que sean complementados mediante la reflexión de comisiones, comités u otros órganos.

En Chile, hoy se encuentran leyes vigentes que aluden a las temáticas de la salud mental, pero que, a nuestro juicio, no son suficientes para considerar que esta cuente con una legislación adecuada, omnicompreensiva de su problemática y desafíos, y suficiente para dar efectiva protección a los derechos de los pacientes y en general del colectivo:

(i) La Ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, si bien contiene –en su párrafo 8º– la referencia a los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, presenta varias falencias, sea en dicho párrafo o a lo largo de su texto:

- a. La referencia del párrafo no se basa, en realidad, en los derechos de la persona, sino más bien en las restricciones de las cuales es sujeto, dado su estado de salud. No se advierte una referencia lo suficientemente rica e indiscutible acerca de los derechos específicos y generales que han de ser protegidos y cautelados respecto de este paciente.
- b. El texto general contiene gran cantidad de facultades de los representantes, sin distingos en materia de competencia, dejando su procedencia a un criterio médico no explicitado.
- c. Respecto del consentimiento del paciente, si bien se hace un adecuado desarrollo de este concepto, al tratar la posibilidad de rechazo de tratamientos médicos, se contempla la posibilidad de que este puede dar lugar a decisiones de alta forzada por parte del Comité de Ética del servicio.
- d. Las referencias a las decisiones acerca de cirugías u otros procedimientos invasivos, como la esterilización de estos pacientes, no están mediadas por un sistema objetivo de medición de competencia e incluso pueden ser diametralmente contrarias a los compromisos internacionales adoptados por Chile, v.g. artículo 23 N° 1 letra b) de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad: “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”.
- e. Se establece la posibilidad de hospitalización no voluntaria, lo cual luego es desarrollado en normas reglamentarias, sin establecer límites de tiempo, sin una referencia clara a la competencia del paciente y dejando la decisión

en manos del médico tratante de modo marcadamente discrecional. Del mismo modo, el empleo extraordinario de las medidas de aislamiento o contención física y farmacológica es una facultad muy amplia y sin mayores medidas de protección respecto de los derechos del paciente.

(ii) La Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, define en su artículo 5° como “persona con discapacidad” a aquella “que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, 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”, definición que es omni-compreensiva de varias situaciones y que asimila al paciente psiquiátrico con personas que presentan discapacidades intelectuales.

Sin embargo, la situación de discapacidad intelectual es, en realidad, diversa, y se centra en un diagnóstico que examina “limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, y el inicio de las deficiencias intelectuales y de adaptación durante el periodo de desarrollo” (APA, 1995, p. 41), por lo cual resulta un salto lógico con importantes consecuencias el tratamiento jurídico conjunto de personas con discapacidad intelectual y de pacientes con trastornos o patologías asociadas con su salud mental.

(iii) Numerosas normas del Código Civil (CC) y del Código Procesal Penal (CPP), que pueden ser aplicables a los pacientes afectados en su salud mental, presentan problemas conceptuales, los cuales revelan la adopción tardía de conceptos científicos y el uso, respecto de ellos, de instituciones asociadas a la administración de bienes. Algunos ejemplos:

- a. Art. 342 del Código Civil: “Están sujetos a curaduría general los menores adultos; los que por prodigalidad o demencia han sido puestos en entredicho de administrar sus bienes; y los sordos o sordomudos que no pueden darse a entender claramente”.
- b. El Código Civil 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 (art. 1447 CC). El art. 456 CC dispone que si el adulto “se halla en un estado habitual de demencia deberá ser privado de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos”.
- c. Artículo 458 CPP: “Imputado enajenado mental. Cuando en el curso del procedimiento aparecieren antecedentes que permitieren presumir la inimputabilidad por enajenación mental del imputado, el ministerio público o juez de garantía, de oficio o a petición de parte, solicitará el informe psiquiátrico correspondiente, explicitando la conducta punible que se investiga en relación a este. El juez ordenará la suspensión del procedimiento hasta tanto no se remitiere el informe requerido, sin perjuicio de continuarse respecto de los demás coimputados, si los hubiere”.

(iv) Normativa de carácter administrativo regula ejercicio de derechos: DS 570 Minsal, el cual establece varios mecanismos que parecen muy distantes de una adecuada conceptualización, con la agravante de que invaden en varios de sus aspectos el dominio legal:

- a. Corresponderá al médico tratante resolver acerca de la capacidad de consentir del paciente, así como entregar, en su caso, la información que sea necesaria para que este alcance el conocimiento, de acuerdo a su capacidad de comprensión.
- b. Define formas de internación no voluntaria sin límites y dando a los incumbentes potestades casi omnímodas sobre los pacientes.
- c. El reglamento hace referencia a las acciones que la ley contempla, pero no define ni prevé adecuadamente medidas cautelares de los derechos de los pacientes afectados.
- d. Existe una marcada falta de objetivización y de criterios científicos en relación con las situaciones que impiden a una persona resolver por sí misma y transfieren tales posibilidades a los representantes.

El resultado de estas carencias, vacíos o desajustes de las normativas ya existentes contribuyen a crear un marco jurídico asociado con la salud mental marcado por una peligrosa polisemia conceptual, que impide tener una adecuada certeza y seguridad acerca del tratamiento general y de la ubicación precisa y acotada de ciertas instituciones; una evidente confusión terminológica entre criterios propios de la administración civil de los bienes y el lenguaje científico; una superabundancia de medidas adoptables frente a un paciente poco dotado de protecciones y de herramientas de autonomía y defensa de sus derechos y un reenvío a las facultades de médicos tratantes, directores de servicios, representantes o encargados que puede resultar vulneratoria del estatuto de garantías del paciente.

TABLA 6. **Marco jurídico chileno**

- La Constitución Política de 1980 consagra el derecho a la protección de la salud y el derecho a la integridad psíquica del individuo.
- La Constitución Política de 1980 reconoce el derecho de toda persona al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.
- La Constitución Política de 1980 prohíbe la discriminación arbitraria.
- La legislación actual es insuficiente, por lo que no permite dar protección a estos pacientes.
- Falencias en la Ley 20.584, que tiene énfasis en restricciones, le otorga grandes facultades a representantes, en algunas decisiones no existe un sistema objetivo de evaluación de competencias, persiste la posibilidad de hospitalización no voluntaria sin límites de tiempo, entre otras.
- La Ley 20.422 asimila a personas con discapacidad cognitiva a aquellas con problemas de salud mental.
- Problemas conceptuales en normas del Código Civil y Código Procesal Penal con uso de conceptos no actualizados.
- El DS 570 Minsal establece mecanismos que no están claramente conceptualizados.

Frente a tal realidad, se requiere de un adecuado marco jurídico legislativo que asegure algunas materias ya reconocidas en el derecho comparado y que es menester considerar en el caso chileno:

- Definición de criterios de competencia vs. capacidad civil, aplicables tanto a la normativa general de los derechos de los pacientes, como a otras numerosas situaciones puntuales que aluden a intervenciones, terapias y otras decisiones de orden médico científico: “En algunas naciones se aplican escalas que evalúan la capacidad de un paciente para dar el consentimiento informado. En Chile, la evaluación de la capacidad es subjetiva, de responsabilidad de algunos profesionales de la salud, recurriendo en ocasiones a expertos quienes definen un diagnóstico de salud mental y no un juicio de capacidad para participar en un estudio o en el desarrollo de una intervención” (Muñoz Quezada y Lucero Mondaca, 2014, p. 65).
- Límites y condiciones de ejercicio respecto de los derechos de los representantes. Es importante considerar que, en la materia, al igual que en la legislación sobre menores, debe considerarse el principio del “mejor o superior interés del paciente”<sup>5</sup> (President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1982, p. 179), evitando convertir al representante en un decisor omnímodo y subrogar la voluntad del paciente cuando este sí está en condiciones de consentir o de rechazar un tratamiento o medida. Objetivización acerca de situaciones de riesgo o peligrosidad a fin de evitar estigmatizaciones.
- Diferenciación procesal respecto de la imputabilidad, capacidad para ser testigo, medidas de protección de víctimas, entre otros, como asimismo establecimiento de procedimientos claros, breves y acotados en relación con medidas de internación, recordando que los pacientes afectados en su salud mental no dejan por ello de gozar de otros derechos, como es el caso de la libertad personal.

En la determinación de las materias que puede ser recomendable incluir en una Ley de Salud Mental para Chile, resulta de interés recoger la experiencia del derecho comparado, que ha ido evidenciando una serie de líneas normativas a seguir.

### 3. Propuesta para una Ley de Salud Mental: aspectos fundamentales

El contenido específico de una Ley de Salud Mental ha sido objeto de amplio debate y discusión a nivel internacional. La OMS desarrolló una propuesta

<sup>5</sup> “Dado que muchas personas no han proporcionado argumentos serios acerca de cómo desearían ser tratados, los sustitutos no tienen una guía segura para realizar un juicio sustitutivo. Más aún, algunos pacientes no han sido nunca capaces. En estas situaciones, los sustitutos serán incapaces de realizar un juicio sustitutivo válido; en su lugar, deben de intentar elegir para el paciente aquella opción que constituya su mejor interés, según criterios objetivos, socialmente consensuados. Por lo tanto el criterio del mejor interés no se fundamenta en el valor de la autodeterminación, sino exclusivamente en la protección del bienestar del paciente. El sustituto deberá de tener en cuenta factores como el alivio del sufrimiento, la preservación o la restauración de la funcionalidad, la calidad y la duración de la vida”, President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 1982. p. 179-180

que engloba los principios esenciales que deben ser incorporados en un proceso de desarrollo de legislación en esta materia (OMS, 2003), además de contar con un glosario de términos básicos (Anexo 2 y 3).

### **3.1 El principio de la alternativa menos restrictiva**

La persona que sufre un trastorno psiquiátrico, de ahora en adelante el paciente, debe recibir tratamiento ambulatorio excepto en circunstancias muy especiales, por ejemplo, en el caso de que exista riesgo de autoagresión, de agresión a terceros o que el tratamiento solo pueda ser implementado en situación de hospitalización. La legislación debería permitir el ingreso involuntario solo en circunstancias excepcionales e incluir los procedimientos necesarios para proteger los derechos del paciente. El ingreso involuntario debe cumplir con algunos requisitos:

- Un psiquiatra legalmente reconocido debe hacer el diagnóstico de un trastorno mental en el paciente;
- El profesional debe estar convencido de que el trastorno mental representa una 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.

### **3.2 Confidencialidad**

La legislación debe asegurar que toda la información y registros médicos que tengan relación con el paciente sean debidamente resguardados. La ley debe prevenir la divulgación, la evaluación o transmisión de esta información sin el consentimiento del paciente o de su representante legal.

Solo en circunstancias muy excepcionales, por ejemplo, cuando el trastorno mental conlleva un riesgo inminente de autoagresión o de agresión a terceros, o en situaciones relacionadas con procedimientos penales (no en los civiles), se podrá romper esta regla.

### **3.3 Consentimiento válido**

El concepto de consentimiento informado y válido es la piedra angular del tratamiento de los trastornos mentales y debe estar incorporado en la legislación de salud mental.

Para ser válido, el consentimiento debe incluir los siguientes criterios:

- El paciente debe ser competente y capaz de otorgar el consentimiento.
- El consentimiento debe ser obtenido libremente sin amenazas o coerción.
- La información otorgada debe ser la apropiada en relación a las características del tratamiento, sus beneficios, métodos, duración y propósito, efectos secundarios, dolor y molestias.
- El paciente debe conocer otras posibles alternativas de tratamiento, especialmente de aquellos menos intrusivos, y que consideren la evidencia científica.
- La entrega de información debe ser comprensible para el paciente.

- El paciente tiene derecho a rechazar o detener el tratamiento, y las consecuencias de esta acción deben quedar claramente establecidas.
- Los menores de edad requieren de provisiones específicas en esta materia.

### **3.4 Ingreso y tratamiento voluntario e involuntario**

La ley debe promover que en circunstancias en que se requiere de una hospitalización psiquiátrica, esta sea voluntaria. Solo en circunstancias excepcionales la ley permitirá el ingreso involuntario:

- El o los profesionales autorizados y validados por la ley objetiva un trastorno mental según estándares internacionales.
- Hay un riesgo de daño a sí mismo o a otros, y/o un deterioro inminente de la condición del paciente.

La ley debe proveer de procedimientos específicos con el fin de proteger los derechos de los pacientes. Algunos tratamientos requieren de un consentimiento obligatorio. Una segunda opinión o la participación de un ente judicial o cuasi judicial deben obtenerse para la implementación de procedimientos terapéuticos invasivos y/o que impliquen cambios permanentes, como en el caso de la psicocirugía y el uso de medicamentos usados en forma específica para cambiar la conducta sexual.

### **3.5 Tratamiento involuntario en la comunidad**

Los modelos actuales de atención en salud mental tienden a aumentar la demanda de atención de pacientes con trastornos mentales en la comunidad. El proceso de desinstitucionalización ha sido solo parcialmente exitoso y ha planteado nuevos problemas, relacionados, por ejemplo, con problemas en la cobertura de las demandas y adherencia al tratamiento de pacientes con trastornos psiquiátricos graves. Esto obliga a que la ley incorpore provisiones específicas para el tratamiento en la comunidad, en particular cuando este reviste la condición de involuntariedad.

### **3.6 Mecanismos periódicos de revisión**

Como queda explícito en la declaración de Naciones Unidas (1991), la legislación en salud mental debe proveer mecanismos de evaluación periódica en todas las instancias que afectan la libertad o integridad de las personas que sufren un trastorno mental, esto incluye los procesos de internación o tratamiento involuntario. Estas revisiones deben realizarse a intervalos razonables y que den cuenta de la necesidad de verificar que se esté dando cumplimiento a las normativas y requerimientos de atención propuestos.

Estas evaluaciones deben realizarse por equipos multidisciplinarios que incluyan profesionales de la salud mental, representantes de agrupaciones de familiares y pacientes, así como profesionales del área legal. Este proceso debe contar con un adecuado financiamiento.

### 3.7 Competencia o capacidad

Una legislación en salud mental debe incorporar la definición de incapacidad, situación que no necesariamente es una condición asociada a problemas de SM. Por otro lado, lograr consentimiento por parte de los pacientes requiere de la confirmación de capacidad mental, situación que debe ser evaluada por el equipo correspondiente.

### 3.8 Acreditación de profesionales que se desempeñan en instituciones que prestan servicio/tratamiento de salud mental

La legislación debe contemplar las competencias básicas que debe tener un profesional que trabaje en el área. Debe quedar claramente establecido el número de profesionales que debe atender a la población ingresada, así como la que se trata en la comunidad. Ellos deben poseer la formación acreditada por los órganos correspondientes y su actualización tras tiempo de servicio acorde a recomendaciones internacionales.

### 3.9 Derechos y roles de familiares y cuidadores

Los familiares deben contar con un resguardo que les permita aportar en el proceso de integración a la comunidad de los pacientes mentales y en paralelo a ellos se les debe aportar con la información necesaria para que desarrollen el proceso de reinserción o recuperación.

TABLA 9. Principios para una Ley de Salud Mental (OMS)

- Alternativa menos restrictiva, prioridad a tratamiento ambulatorio y hospitalización en casos excepcionales.
- Confidencialidad de registros médicos.
- Asegurar consentimiento válido.
- Promover ingreso y tratamiento voluntario.
- Promover tratamiento en la comunidad.
- Implementar mecanismos periódicos de revisión de cumplimiento de normativas y requerimientos de atención propuestos.
- Clarificar definiciones de competencia y capacidad.
- Definir competencias de profesionales que atienden en salud mental y su acreditación.
- Resguardar derechos y roles de familiares y cuidadores.

## Conclusiones

En Chile, en el ámbito de la salud, reformas que han sido respaldadas por leyes adecuadas han logrado avanzar en su implementación, mientras que otras, desprotegidas legalmente –como el fortalecimiento de la atención primaria de salud propuesto en 2005, o el Plan Nacional de Salud Mental del año 2000–, no han logrado el impacto esperado. Una Ley de Salud Mental

para Chile puede ser un mecanismo eficiente para implementar los cambios necesarios para que el sistema de salud chileno sea capaz de hacer frente a la creciente demanda por cuidados de salud mental de nuestra población. Esta ley debe incluir en su desarrollo todos los acuerdos internacionales suscritos voluntariamente por nuestro país y, además, debe considerar e incorporar las recomendaciones de organismos internacionales como la OMS, así como la mejor evidencia disponible.

La Ley de Salud Mental debe tener por objeto la definición del marco regulatorio de nuestro sistema de salud mental, definiendo los principios y valores que enmarcan su modelo, así como las estrategias concretas necesarias para dicha implementación. De esta ley deben desprenderse políticas, planes y programas, articulados de un modo coherente a lo que se señale como objetivo actualizado en la Ley de Salud Mental. Para Chile, los principios deben relacionarse con la implementación de un modelo nacional de psiquiatría comunitaria, compuesto por una red de dispositivos de diversa complejidad, insertos en las comunidades, que tengan por objeto responder oportunamente a las necesidades de salud mental de nuestra población. La Ley de Salud Mental debe definir estrategias para la implementación de dicho modelo, asociadas a un incremento gradual en los recursos destinados a la salud mental, y a la generación de estructuras participativas adecuadas para diseñar, implementar y fiscalizar dicho desarrollo.

La creación de una Comisión Nacional de Salud Mental es una de las estrategias que mayor impacto ha tenido al momento de afrontar estos desafíos a nivel mundial (Caldas de Almeida et al., 2014; The Canadian Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2006). Conceptualizada de un modo intersectorial, la Comisión Nacional de Salud Mental debe diseñar las políticas públicas relacionadas, el Plan Nacional de Salud Mental y los lineamientos generales para su implementación en los distintos servicios de salud, así como velar por su revisión y actualización periódica, acorde a la mejor evidencia disponible. Debe coordinar los esfuerzos de distintos sectores en relación a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, así como garantizar la equidad en el acceso, la calidad de la provisión de cuidados en salud mental, y el irrestricto respeto a los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales. Asimismo, la Comisión debe velar por la rehabilitación e integración de las personas con trastornos mentales. La investigación científica y la formación de los recursos humanos necesarios también es una función en la cual una Comisión debe estar involucrada, generando los mecanismos de incentivo necesarios para proveer a la red de salud mental de evidencia y de los profesionales que ella requiera.

Además, una Ley de Salud Mental debe abordar la competencia del paciente que padece de algún trastorno mental, definiendo el marco legal para

el tratamiento y la internación de personas contra su voluntad de un modo claro y basado en la evidencia disponible.

La ley debe explicitar la necesidad de realizar una revisión periódica de la condición legal del paciente ingresado contra su voluntad incluyendo aspectos del tutelaje, consentimiento y capacidad legal. La legislación debe ser explícita al ofrecer asesoría legal para los pacientes sometidos a régimen de internación forzada. Una política nacional de salud mental constituye una ruta por la que un país debe transitar para desarrollar de mejor manera estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Su diseño es competencia de los organismos de salud apropiados en comunicación con otras entidades gubernamentales, pero también de los usuarios y sus familias, organizaciones comunitarias, observatorios de derechos de los más vulnerables, entre otros.

Una política de salud mental debe incluir aspectos como el financiamiento, organización de servicios de salud ad hoc, formación y entrenamiento del personal, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales, abastecimiento y distribución de medicamentos, medición y evaluación de calidad y de las políticas implementadas, entre otros. Un pilar fundamental de una política en esta materia es el desarrollo de una Ley de Salud Mental. Este cuerpo legislativo da un sentido unitario al desarrollo de dicha política, y pone en el centro al individuo vulnerable y sus derechos.

Las preocupaciones centrales de la Ley de Salud Mental debe ser, por una parte, los derechos de los pacientes en el sector salud, donde la ley propende a resguardar las libertades de los individuos, abogando por las intervenciones menos restrictivas posibles, y desarrolla aspectos como confidencialidad, consentimiento válido, tratamiento voluntario e involuntario, mecanismo de revisión de decisiones clínicas, competencia, atención primaria. La ley también debe velar por los intereses de los pacientes fuera del sector salud, en relación a temas de vivienda, trabajo, seguridad social, justicia civil y penal. La legislación deberá asegurar, asimismo, los estándares mínimos de atención, sin los cuales no es posible asegurar un tratamiento digno y apropiado.

El interés de esta propuesta es el de sentar las bases para el desarrollo de una Ley de Salud Mental en Chile, que contemple los aspectos señalados, poniendo énfasis en primer lugar en los derechos de los pacientes en el sector salud. En esa perspectiva, se plantea, desde el punto de vista del procedimiento, si conviene contar con una Ley General de Salud Mental o con una o más leyes específicas sobre las materias que se han expuesto. Si bien ambas opciones son válidas y legislativamente posibles, hemos considerado que es más conveniente propender a legislar en aspectos específicos y urgentes con leyes acotadas, pues la posibilidad pronta de dictación de una Ley General de Salud Mental que cubra todos los aspectos que podemos identificar asociados

con dicha temática, puede ser un proceso extremadamente extenso, que se entrampe y que, finalmente, no llegue al puerto deseado. Y estos pacientes seguirán esperando y viendo sus derechos vulnerados.

## ANEXO

TABLA 1. **Resumen del análisis de derecho comparado en legislación sobre salud mental**

País	España	Inglaterra	México	Argentina	Colombia	República Dominicana
<b>Elemento</b>						
Objeto de la ley	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Definición salud mental	NO	Define desorden mental	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Otras definiciones	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO
Derechos de las personas usuarias del sistema de salud	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Consentimiento informado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Deber de confidencialidad	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO
Promoción y prevención de salud mental	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ
Ámbito de aplicación de la ley / grupos vulnerables (trato preferencial)	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Internación (tipos, requisitos)	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Autoridades competentes / órganos de revisión	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Requisitos para profesionales	NO	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
Sanciones	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO

TABLA 2. **Elementos propios de una Ley de Salud Mental**

Temas	Lo que podría decir y asegurar la legislación
<b>Acceso a atención en salud mental</b>	Financiar servicios y atención equivalentes a los ofrecidos para problemas de salud física, o especificar atención a ofrecer en atención primaria y en hospitales. Asegurar oferta de tratamientos lo menos restrictivos posibles, para que las personas continúen trabajando y participando en la comunidad.
<b>Derechos de los usuarios</b>	Especificar el respeto de los derechos de las personas con enfermedades mentales (acceso a la información, información sobre sus derechos, confidencialidad y privacidad, instalaciones humanas, protección de tratamientos crueles, inhumanos, degradantes, posibilidad para comunicarse libremente con amigos, familiares y otros).
<b>Competencia y capacidad</b>	Asegurar el derecho de los pacientes a ejercer su capacidad legal y tomar decisiones y elecciones informadas. Ocasionalmente pueden necesitar apoyo y asistencia para hacerlo, se deben tomar resguardos para que así sea, regulando los mecanismos adecuados para ello.
<b>Admisión, tratamiento, y alta en centros de salud mental</b>	Las personas con trastornos mentales tienen derecho a ser informadas y a consentir libremente en relación a admisión y tratamiento. Definir disposiciones que promuevan admisión y tratamiento voluntario, evitando admisiones y tratamientos no voluntarios. Revisiones y procesos de apelaciones, procedimientos para quejas y otras medidas de protección para evitar admisión y tratamiento involuntario no justificado, concordantes con los principios para la protección de los derechos humanos. Definir mecanismos de revisión y monitoreo para velar por la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales.
<b>Tratamientos especiales, internación y contención. Investigación clínica y experimental</b>	Definir las salvaguardas en relación a procedimientos particulares como psicocirugía, terapia electro-convulsiva, internación y contención. Los Comités de Ética pueden determinar la necesidad de esos tratamientos. Precauciones respecto de la participación de los pacientes en investigación clínica y experimental.
<b>Familias</b>	Se deben considerar las necesidades y derechos de las familias y considerar un balance adecuado en relación a los derechos y necesidades de las personas con trastornos mentales.
<b>Disposiciones adicionales</b>	Considerar otras áreas para proteger a las personas con enfermedades mentales y promover sus derechos y bienestar (por ejemplo, cláusulas antidiscriminación, empleo, seguridad social, derecho a voto, a contraer matrimonio, entre otras). También protección a minorías y población vulnerable como mujeres, menores de edad e inmigrantes. Debe promover la salud mental y prevenir trastornos.

## Glosario terminológico

El Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Observación General N° 14) entiende el derecho a la salud como “un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

Los Principios de Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución AG.46/119 del 17 de diciembre de 1991 reconocen a la salud mental como derecho humano fundamental.

**Salud Mental:** la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS).

**Ley de Salud Mental:** tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional (Ley de Salud Mental argentina).

**Trastorno mental:** síndrome o patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica, que por lo general se asocia a un malestar subjetivo, y que se produce a raíz de alteraciones en los procesos cognitivo y/o afectivos que determinan dificultades en la capacidad de razonamiento, en el comportamiento, en la interpretación de la realidad y la capacidad adaptativa del individuo.

**Deficiencia o discapacidad mental:** estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente que incluye un déficit significativo en la inteligencia y el funcionamiento social.

Una enfermedad mental debe tener una o más de las siguientes características:

1. Que afecte el funcionamiento intelectual de memoria, orientación, comprensión y capacidad de aprendizaje de una persona.
2. Que afecte a las emociones de una persona, dando origen a ideas distorsionadas en el entendimiento y comprensión de su vida pasada, presente y futura y sus relaciones con otras personas.
3. Que existan creencias distorsionadas, sean estas celos, ideas persecutorias o grandiosas.
4. Que existan percepciones anormales de la realidad asociadas a creencias distorsionadas.
5. Que exista un pensamiento caótico que no permita a la persona evaluar su situación o comunicarse en forma apropiada con otras personas.

No se considerarán enfermos mentales y por lo tanto sujetos a la acción de una legislación de salud mental a todas aquellas personas que presenten conductas reñidas con la moral o los valores sociales y políticos de una determinada sociedad a menos que se cumplan los criterios señalados.

**Paciente psiquiátrico:** persona que sufre o pareciera sufrir de un trastorno mental y que se encuentra bajo supervisión/tratamiento de un médico psiquiatra.

**Médico psiquiatra:** médico con título reconocido por el Estado que acredite a través de los mecanismos formalmente definidos, formación en la especialidad de psiquiatría.

**Tratamiento psiquiátrico:** toda acción, ya sea de enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, psicológica o médica, todas ellas bajo supervisión de un psiquiatra, que tengan como objetivo producir la rehabilitación y recuperación de una persona que sufre trastorno mental.

**Consentimiento válido:** es el permiso que una persona da en forma voluntaria y continua a una propuesta de tratamiento. Toda persona que padezca de un trastorno mental y cuya capacidad de decisión no se encuentre gravemente comprometida por el trastorno, tiene derecho a decidir por sí misma aceptando o rechazando en forma libre, voluntaria y con debido conocimiento de causa, el diagnóstico y el plan de tratamiento que se le ofrezca sin que medie amenaza ni coacción de tipo alguno.

El consentimiento es válido cuando el paciente:

1. Entiende las implicancias del tratamiento.
2. Entiende, en términos generales, las bases del tratamiento propuesto.
3. Entiende los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.
4. Entiende las posibles consecuencias si no recibe el tratamiento propuesto.
5. Tiene la capacidad de elegir.

Si el paciente tiene capacidad de consentir y no acepta el tratamiento propuesto, podrá elegir el tratamiento alternativo si es que este existiese.

La capacidad de consentir tiene relación con el tratamiento específico propuesto y no constituye un consentimiento general, y debe ser evaluada en el momento en que el tratamiento es propuesto. El proceso de evaluación debe quedar consignado en la ficha clínica. Una persona no es incapaz de consentir por el solo hecho de sufrir un trastorno mental.

## Referencias

- Albala, C. y Vio F.**, 1995. Epidemiological transition in Latin America: the case of Chile. *Public Health*, 109 (6), 431-42.
- American Psychiatric Association (APA)**, 1995. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Banco Mundial**, 1993. *World Developmental Report: 1993 Investing in Health* [En línea]. New York: Oxford University Press.
- Caldas de Almeida, J.M.**, 2010. An Overview of Mental Health Care Reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services*, 61(3), 1-4.
- Caldas de Almeida J.M., Minas, H., y Cayetano C.**, 2014. Generating political commitment for mental health systems development. In: Patel, V., Minas, H., Cohen A., and Prince, M. Eds. *Global Mental Health. Principles and Practice*. London: Oxford University Press, 450-468.
- Chile Crece Contigo**, 2014. Chile Crece Contigo [En línea]. Disponible en: <http://www.crececontigo.gob.cl/> [acceso el 1 de abril del 2014].
- Constitución Política de la República de Chile 1980.**
- Fistein, E., Holland, A., Clare, I. y Gunn M.A.**, 2009. Comparison of mental health legislation from diverse Commonwealth jurisdictions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(3), 147–155.
- Funk, M., Drew, N., Saraceno, B., et al.**, 2005. A framework for mental health policy, legislation and service development: addressing needs and improving services. *Harvard Health Policy Review* ;6:(2):57–69.
- Link, B.G., y Phelan J.C.**, 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Ministerio de Desarrollo Social**, 2014. Beneficios Sociales [En línea]. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/conocenos/mision/> [Acceso el 1 de abril 2014].
- Ministerio de Relaciones Exteriores**, 1989. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas [En línea]. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional.
- Muñoz Quezada, M.T. y Lucero Mondaca, B.A.**, 2014. Aspectos Legales y Bioéticos de Intervenciones e Investigaciones en Personas con Discapacidad Intelectual en Chile. *Acta Bioethica* 20(1): 61-70.
- Ministerio de Salud**, 1998. Decreto Supremo N° 570, del 28 de agosto de 1998, Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales.
- Ministerio de Salud**, 2000. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl>. [Acceso 23 de mayo de 2014].

- Ministerio de Salud**, 2004. Primera Encuesta Nacional de Salud [En línea]. MINSAL.
- Ministerio de Salud**, 2010. Segunda Encuesta Nacional de Salud [En línea]. MINSAL.
- Ministerio de Salud**, 2014. Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile, segundo informe.
- Minoletti, A. y Zaccaria, A.**, 2005. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 346-358.
- Miranda G.H., Alvarado S.O. y Kaufman, J.S.**, 2012. Duración de las licencias médicas FONASA por trastornos mentales y del comportamiento. *Revista Médica de Chile*, 140(2): 207-213.
- Murray, C.J.L. y López A.D.**, eds. 1996. *The global burden of disease and injury series, Volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press.
- Omram, A.**, 1971. The epidemiologic transition: A Theory of the Epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4), 509-38.
- Organización Mundial de la Salud**, 2010. *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group* [En línea]. Geneva: World Health Organization Press.
- Organización Mundial de la Salud**, 2009. *Improving Health Systems and Services for Mental Health*. [En línea]. Geneva: World Health Organization Press.
- Organización Mundial de la Salud**, 2008. mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. [En línea]. Geneva: World Health Organization Press.
- Organización Mundial de la Salud**, 2005a. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* [En línea]. Geneva: World Health Organization Press.
- Organización Mundial de la Salud**, 2005b. *Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference* [En línea]. Denmark: World Health Organization: Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Organización Mundial de la Salud**, 2005c. *Mental Health Atlas 2005*. [En línea]. Geneva: World Health Organization Press.
- Organización Mundial de la Salud**, 2003. *Mental Health Legislation and Human Rights* [En línea]. Geneva: World Health Organization Press.
- Organización de Naciones Unidas**, 2008. *Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad* [En línea]. Madrid: Naciones Unidas.

- Organización de Naciones Unidas**, 1990. Convención de los derechos del niño [En línea]. Madrid: Naciones Unidas.
- Patel, V. y Kleinman, A.**, 2003. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
- Centro de Políticas Públicas UC**, 2014. Temas de la Agenda Pública: Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Año 9, Número 67.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions**, 1982. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Mai M., Maselko, J., Phillips, M.R. y Rahman, A.**, 2007. No health without mental health. *The Lancet*, 370 (9590) 859–77.
- Rose, G.**, 2001. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 427-432.
- Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje O., Mahoney, J., Sridhar, D., y Underhill, C.**, 2007. Barriers to improvement of Mental Health (MH) services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370 (9594), 1061-1077; 1164-1174.
- Saraceno, B. y Dua, T.**, 2009. Global Mental Health: the role of psychiatry. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259 (Suppl 2), S109–S117.
- Valdivia, G.**, 2006. Transición epidemiológica: la otra cara de la moneda. *Revista Médica de Chile*, 134(6), 675-678.
- Solar, O. y Irwin, A.**, 2007. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization Press. Commission on Social Determinantes of Health.
- The Canadian Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology**, 2006. *Out of the Shadows at Last: transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada. Final Report* [En línea]. Parliament of Canada. Disponible en: <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/391/soci/rep/rep02may06-e.htm>. [Acceso en septiembre de 2013].
- Vicente, B., Kohn, R., Riosco, P., Saldivia, S., Levay, I. y Torres, S.**, 2006. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *The American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1362-1370.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J.L. y Vos, T.**, 2013. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382 (9904), 1575-1586.