



Foros para el análisis de las implicancias de la Ley 21.331 "Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental"

Julio-agosto de 2021



PRESENTACION

El 11 de mayo recién pasado fue promulgada la ley 21.331 sobre Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental.

La ley señala que "La salud mental está determinada por factores culturales, históricos, socioeconómicos, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una construcción social esencialmente evolutiva y vinculada a la protección y ejercicio de sus derechos". Esta ley aborda temas sensibles para la sociedad, como la regulación del consentimiento en la atención en salud mental y la investigación científica, o el proceso de hospitalización psiquiátrica involuntaria. Por otra parte, apela al derecho a la atención integral en salud mental y a la paridad del financiamiento en relación con los problemas de salud física.

Académicas y académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que trabajan en el ámbito de la salud mental impulsaron la iniciativa de convocar al análisis de las implicancias de esta ley. Esto en particular por la preocupación recogida sobre críticas a la ley por parte de organizaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, así como de sociedades científicas, colegios profesionales y equipos académicos especializados. Las críticas apuntan a cuestionar el efectivo respeto de la capacidad jurídica de las personas con diagnóstico psiquiátrico, a que esta ley nace sin financiamiento, y que ha carecido de un proceso más participativo en su formulación, entre otros aspectos.

La iniciativa de un ciclo de 8 foros es coherente con los principios de la Universidad de Chile de generar espacios para el análisis pluralista, riguroso y participativo para abordar los temas actuales de la sociedad.

Más de 30 universidades, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil participaron activamente en el desarrollo de los foros que se desarrollaron durante los meses de julio y agosto de 2021. Alrededor de 40 expositores dieron vida al ciclo de foros, provenientes de distintas universidades, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones de usuarios, que expusieron desde diversas perspectivas sus análisis sobre las implicancias de esta nueva ley. Esto demuestra la importancia del análisis de la ley referida.

Los foros íntegros están disponibles en el canal YouTube de la Universidad de Chile, y se identifican en este documento para quienes quieran acceder a revisarlos.

Al finalizar el ciclo, nació el interés de generar un documento que lograra capturar las ideas más relevantes discutidas en cada sesión. De esta manera, se organizó un equipo a cargo de llevar adelante la sistematización, provenientes de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de O'Higgins, Universidad de Concepción, Universidad Austral, Colegio Médico, Sociedad Chilena de Psicología Comunitaria, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía De Chile y Núcleo Milenio IMHAY. Se concordó un formato de acta de cada sesión organizada en los siguientes aspectos:

1. *BREVE DESCRIPCION DEL TEMA ABORDADO EN LA SESION.*
2. *ASPECTOS QUE EN LA LEY ES UN AVANCE EN EL TEMA ABORDADO.*
3. *ASPECTOS QUE EN LA LEY SE OBSERVA UNA FALTA DE AVANCE (NO SE APROVECHÓ OPORTUNIDADES SUSTANCIALES DE MEJORA).*
4. *ASPECTOS QUE SERÁN CLAVE EN EL DESARROLLO DE LOS REGLAMENTOS Y QUÉ PRECAUCIONES HABRÁ QUE TOMAR PARA ELLO.*
5. *ASPECTOS QUE LA LEY OMITE O DEJA EN VACÍO (¿qué elementos omite la ley y por qué es relevante legislar al respecto?, ¿qué otros cuerpos legales son necesarios de desarrollar? ¿cuáles de los elementos omitidos podrían ser incorporados en otros cuerpos legales existentes?)*
6. *CONTRAPOSICIONES O CONTRADICCIONES EN EL CONTENIDO EN LA LEY Y CON OTRAS LEYES (INCONGRUENCIA JURÍDICA).*
7. *IMPLICANCIAS PARA LAS INSTITUCIONES (¿Qué instituciones públicas y privadas se ven involucradas? ¿Qué cambios se esperan en esas instituciones para dar cumplimiento a la ley?)*
8. *OTRO ASPECTO RELEVANTE ABORDADO EN LA SESION.*

En base a esta guía, se presenta este documento que sistematiza el ciclo de foros. Es posible que con un poco más de tiempo el equipo pudiese refinar más el documento, sin embargo, hemos considerado que más que demorar la difusión de la sistematización es mejor ya poner a disposición este resultado para contribuir a la discusión sobre la implementación de la ley 21.331 que es un desafío mayor para nuestro país.

Como Universidad de Chile hemos contribuido en poner a la salud mental en la discusión pública por la relevancia y urgencia que tiene.

Diciembre de 2021.

COORDINACIÓN GENERAL DE LOS FOROS

Olga Toro Devia, Universidad de Chile.

Rocío Muñoz León, Universidad de Chile.

COORDINACIÓN DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

Verónica Monreal, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Alemka Tomicic, Universidad Diego Portales.

María Angélica Benavides, Universidad de Concepción y Sociedad Chilena de
Psicología Comunitaria.

María Soledad Burrone, Universidad Regional de O'Higgins.

Jimena Carrasco, Universidad Austral y Núcleo Milenio IMHAY.

Héctor Duque, Comisión Salud Mental del Colegio Médico y Grupo de Trabajo de
Psiquiatría Social de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de
Chile.

AYUDANTES EN EL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

María José Campero

Anime Fercovic

Catalina García

Valentina Lastra

María Concepción Pincheira

Paulina Valenzuela

María Jesús Villafranca

PARTICIPANTES

UNIVERSIDAD DE CHILE

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO

UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TEMUCO

UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO

UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA

UNIVERSIDAD DE O'HIGGINS

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE

UNIVERSIDAD CENTRAL

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

UNIVERSIDAD MAYOR

UNIVERSIDAD ANDRES BELLO, SEDE CONCEPCIÓN

UNIVERSIDAD DE TALCA

MIDAP, CENTRO MILENIO DE INVESTIGACIÓN EN DEPRESIÓN

IMHAY, NÚCLEO MILENIO PARA MEJORAR LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

RED "SALUD MENTAL ES SALUD"

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

SOCIEDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE CHILE, SOSAMCHI

SOCIEDAD DE NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y NEUROCIRUGÍA DE CHILE, SONEPSYN

SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, SOPNIA

SOCIEDAD CHILENA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

SOCIEDAD CHILENA DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA

SOCIEDAD CHILENA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA

COLEGIO MÉDICO, COMISIÓN SALUD MENTAL, COLMED

CENTRO DE MEDIDAS CAUTELARES DE TRIBUNALES DE FAMILIA

AMORE OSORNO

CENTRO PARA LA FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LA SALUD DEL PUEBLO MAPUCHE TA IÑ XEMOTUAM

PROGRAMA ECOLÓGICO EN SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA COQUIMBO

RED CHILENA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y MIGRACIÓN, RECHISAM

AGRUPACIÓN GINECÓLOGAS CHILE

FOROS DISPONIBLES EN CANAL YOUTUBE DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

SESIÓN 1:	Introducción a la Ley 21.331, conceptos a la base de la ley.
Fecha	6 de julio 2021
Enlace	https://youtu.be/X_0tvKAtGel

SESIÓN 2:	"Consentimiento" en la ley 21.331.
Fecha	13 de julio 2021
Enlace	https://youtu.be/ZUj1Z6nLoRc

SESIÓN 3:	Niños, niñas y adolescentes en la ley 21.331.
Fecha	27 de julio 2021
Enlace	https://youtu.be/8IMljN4OJS4

SESIÓN 4:	Hospitalización psiquiátrica involuntaria
Fecha	3 de agosto 2021
Enlace	https://youtu.be/K2coPQbIPsM

SESIÓN 5:	Derechos sexuales y reproductivos
Fecha	10 de agosto 2021
Enlace	https://youtu.be/OZlzKEhN5TY

SESIÓN 6:	Acceso a la atención integral de salud mental
Fecha	17 de agosto 2021
Enlace	https://youtu.be/rkiFvt9p5CQ

SESIÓN 7:	Ejercicio de derechos ciudadanos
Fecha	24 de agosto 2021
Enlace	https://youtu.be/ssXdxqi6E4Q

SESIÓN 8:	Profesionales de la Salud y la ley 21.331
Fecha	Martes 31 de agosto 2021, 17:30 hrs
Enlace	https://youtu.be/QB9qFX_cNPQ

SESION 1

Introducción a la Ley 21.331, conceptos a la base de la ley.

1. BREVE DESCRIPCION DEL TEMA ABORDADO EN LA SESION.

Expositores:

1. **Mauricio Gómez**, médico psiquiatra, Depto. Salud Mental y Psiquiatría Sur Universidad de Chile, fue director del Hospital El Peral, fue Jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud 2014-2018.
2. **Paula Repetto**, psicóloga, Mg. Psicología, PHD Escuela de Salud Pública Universidad de Michigan, académica Pontificia Universidad Católica de Chile.
3. **Alberto Lecaros**, abogado, Mg en Bioética, PhD en Filosofía, Director del Observatorio de Bioética y Derechos, Universidad del Desarrollo.

Moderadora: **Berta Escobar Alaniz**, psicóloga, Mg en Salud Pública, Decana de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco

La primera sesión del ciclo de Foros “Análisis de las implicancias de la Ley 21.331” aborda los principales conceptos a la base de la ley desde una perspectiva histórica, clínica y jurídica; relevando aquellos aspectos en los que la ley es un aporte, junto con las tensiones y los desafíos que quedan pendientes.

La primera exposición, a cargo del Dr. Mauricio Gómez Chamorro y titulada “Ley 21.331 Historia de una Ley”, da cuenta de los principales antecedentes históricos que desembocan en la promulgación de la Ley 21.331. En este marco, se abordan elementos del “Reglamento General de Insanos” (1927), los Planes Nacionales de Salud Mental de 1993 y 1999-2000, el “Reglamento nº 570 para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan” (1998) y la “Ley de Derechos y Deberes en Salud” (2012). A su vez, se enfatiza la importancia que tiene la ratificación de la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad” (CDPD) en el 2008, la que instala un estándar de protección de derechos que colisiona con la normativa y realidad nacional de ese entonces. Por otra parte, se profundiza en el proceso iniciado con el inicio de tramitación de los proyectos de ley “Nuevo Plan de Salud Mental” y “Ley de Salud Mental” el año 2014, lo que supuso la creación de un grupo de trabajo que incorporó a la orgánica ministerial, a FONASA y a la Superintendencia de Salud. Este grupo tuvo por función elaborar una propuesta a la autoridad sanitaria, la que en su versión final incorporaba espíritu y objetivos para una futura ley, así como indicaciones de contenido.

En la segunda exposición, a cargo de la Dra. Paula Repetto y titulada “Análisis de las implicancias de la ley 21.331”, se exponen los principales pilares de la propuesta “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” del Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2013-2014). Asimismo, se presentan argumentos sobre la importancia de contar con una Ley de Salud

Mental en Chile, considerando la realidad nacional y la escasa presencia y relevancia que se ha otorgado a dicho campo en el desarrollo de planes y programas en Chile, lo que ha limitado la protección de derechos de la población usuaria.

Finalmente, la exposición "Ley de Salud Mental: ámbito de aplicación y cuestiones interpretativas" a cargo del Dr. Alberto Lecaros ahonda en aquellos aspectos de la ley que suscitan ambigüedades de interpretación legal. Uno de los principales puntos en que se identifican estos vacíos refiere al ámbito de aplicación de la ley; es decir, qué se entiende por servicio de salud mental y a qué grupos poblacionales refiere aquella aplicación. Por otra parte, se presentan algunos aspectos en que podría haber conflicto entre distintas reglas de la Ley o incoherencia entre normas.

De manera transversal, se señala que, si bien la ley tiene deficiencias importantes, contar con un cuerpo legal específico sobre salud mental supone un avance. Asimismo, la escasa participación de la sociedad civil y de organizaciones usuarias en el desarrollo de la ley, los problemas de financiamiento y el hecho de que esta no cuente con un lenguaje actualizado se presentan como deficiencias de la normativa que son reiteradas en distintos momentos de la sesión.

2. ASPECTOS QUE EN LA LEY ES UN AVANCE EN EL TEMA ABORDADO

En primer lugar, se rescata la importancia de que Chile cuente con una Ley de Salud Mental, lo que constituye en un avance, en tanto se observa la necesidad de que existan normativas que protejan y garanticen los derechos de la población usuaria, la que en muchos casos corresponde además a colectivos históricamente vulnerados. Asimismo, se menciona que el hecho de que, anteriormente, no hubiera una norma a nivel de rango legal al respecto, quedando este tema relegado exclusivamente a planes y programas, conllevaba deficiencias jurídicas importantes. En este marco, se argumenta que la Ley es necesaria en tanto armoniza la normativa nacional con disposiciones del derecho internacional, respetando principios de autonomía e igualdad, y dotando de cierto estatuto legal a cuestiones como la regulación de la internación involuntaria, las intervenciones irreversibles y las garantías de consentimiento de la población usuaria. Asimismo, se destaca la necesidad que había de actualizar el desarrollo conceptual sobre salud mental.

Otros aspectos que se evidencian como avances, fruto de la presión de organizaciones de profesionales en Salud Mental, son la actualización del concepto de discapacidad y el reconocimiento de la distinción entre este último y el de competencia mental, acorde a lo dispuesto en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Se menciona también la incorporación de derechos sobre inclusión social y laboral; la explicitación del deber de articulación intersectorial a nivel estatal para la inclusión social de las personas con condiciones de salud mental; y, la inclusión de los derechos de familiares, otras figuras cuidadoras y de apoyo. Asimismo, se rescata como un avance la homologación de excepciones a la capacidad de consentir a las de toda la población, según el artículo 15 de la ley 20.548; el refuerzo a la prohibición de realizar esterilizaciones sin consentimiento en menores de edad; y, el establecer que las personas tienen derecho a no ser esterilizadas sin su consentimiento. Del mismo modo, se rescatan las prohibiciones de: discriminación en coberturas para la atención en salud mental; realizar tratamientos invasivos e irreversibles sin consentimiento; y, de la hospitalización indefinida por razón de discapacidad o condiciones sociales. Finalmente, se rescata el reconocimiento a la autonomía de niños, niñas y adolescentes en cuanto a recibir información sobre su enfermedad, formas de tratamiento, elección y manifestación de conformidad sobre los

tratamientos ofrecidos, así como su derecho a negarse a someterse a investigaciones biomédicas.

Por último, y pese a que no se logra revertir la posibilidad de investigar en personas sin capacidad de consentir (la ley se suma a los estándares del Código de Helsinki), se incorporan salvaguardas como: la prohibición de investigar en personas que pudieran recuperar su capacidad de consentir con tratamiento, el deber de acreditar potenciales beneficios y riesgos mínimos, y la posibilidad de consentimiento anticipado en personas con enfermedades neurodegenerativas.

Se mencionan también algunos aportes de la sociedad civil que se traducen en avances tales como: la consideración de un plan de consentimiento libre e informado como parte de un proceso permanente; la inclusión del apoyo de pares y acompañantes para la toma de decisiones; y, la inclusión de declaraciones de voluntad anticipadas, planes de intervención para casos de crisis psicoemocional y otras herramientas de resguardo que permitan hacer primar la voluntad y preferencia de las personas ante afecciones futuras que les impidan manifestar su consentimiento.

3. ASPECTOS QUE EN LA LEY SE OBSERVA UNA FALTA DE AVANCE

Una limitación importante del proceso de promulgación de la ley es el hecho de que esta no tuviera patrocinio del ejecutivo, lo que obstruye temas de financiamiento y aquellos que involucrarán a otros ministerios o generaran cambios normativos mayores. Asimismo, se presenta como un problema la escasa participación que tuvieron agrupaciones usuarias en su desarrollo. Se enfatiza que esta no es una ley marco, con un enfoque y misión integral y amplia, y que no cuenta con financiamiento adecuado. Durante la sesión se hace referencia también a que actualmente no contamos con una definición robusta sobre lo que son los servicios psiquiátricos, lo que ha traído como consecuencia la existencia de muchos dispositivos, especialmente en el ámbito privado, de bajo estándar.

Respecto a otras iniciativas anteriores que presentaron avances, no necesariamente considerados de manera íntegra en el desarrollo de esta ley, cabe mencionar que el año 2014, desde el Ministerio de Salud, se da inicio a un proyecto para un Nuevo Plan Nacional de Salud Mental y otro para una Nueva Ley de Salud Mental. En ese marco, se crea un grupo de trabajo que incorpora a la orgánica ministerial, a FONASA y a la Superintendencia de Salud, el que tiene por tarea entregar una propuesta a la autoridad que oriente el desarrollo de estos proyectos. Este proceso decanta en una propuesta de ley que incorpora espíritu, objetivos y contenidos. La propuesta contemplaba siete aspectos claves: 1) armonizar la perspectiva de Derechos Humanos, 2) promoción de la Salud Mental sectorial e intersectorialmente, 3) inclusión social a nivel intersectorial, 4) financiamiento a la salud mental y paridad, 5) garantizar derechos al restringirse la autodeterminación de las personas, 6) derechos de las personas en conflicto con la justicia, y 7) mecanismo de monitoreo y revisión autónoma de la autoridad sanitaria. Respecto a los lineamientos para el nuevo Plan Nacional de Salud Mental, el primer capítulo era sobre Regulación y Salud Mental, incorporándose otros como Provisión de servicios de Salud Mental; Financiación; Gestión de la calidad, Sistemas de Información e Investigación; Recursos Humanos y Formación; Participación; e, Intersectorialidad. Si bien algunos de estos elementos son contemplados en el desarrollo de la ley 21.331, consiguiéndose avances, al no ser un proyecto con aval del ejecutivo, muchas falencias se vuelven insalvables.

Otra iniciativa relevante a considerar es la propuesta “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” del Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Esta consta de siete elementos fundamentales: 1) tender hacia alternativas lo menos restrictivas para los pacientes; 2) confidencialidad; 3) procesos de consentimiento informados y válidos; 4) definición de casos en que se permitirá una internación psiquiátrica no voluntaria; 5) incorporar provisiones específicas para tratamientos en la comunidad, especialmente cuando son involuntarios; 6) proveer mecanismos de evaluación periódica en todas las instancias que afectan la libertad o integridad de las personas que sufren un trastorno de salud mental (acorde a la Declaración de Naciones Unidas, 1991); y 7) incorporar una definición de competencia, que la distinga de la de capacidad civil.

Finalmente, se evidencian problemas relativos a distinciones conceptuales. En ese sentido, se manifiesta la necesidad de tener un glosario conceptual adecuado y acorde a lo dispuesto por la CDPD, ratificada por Chile el año 2008. Por último, se menciona que la ley carece de un enfoque de género, intercultural y de cuidados, y que se restringe a los procesos de atención, faltando un desarrollo de la dimensión preventiva y promocional.

4. ASPECTOS QUE SERÁ CLAVE LA FORMA EN QUE SE ABORDEN EN LOS REGLAMENTOS Y QUÉ PRECAUCIONES HABRÁ QUE TOMAR PARA ELLO

Se menciona que, si bien la ley reconoce un catálogo de derechos, en muchos casos estos carecen de sustancia en la medida en que se presentan únicamente como declaraciones, siendo necesario que se profundice su contenido en los reglamentos.

En ese sentido, si bien se reconoce que la ley presenta avances al distinguir la capacidad jurídica de la competencia mental -ya que la primera refiere al reconocimiento general de las personas como sujetos de derechos mientras que la segunda dice relación con la búsqueda por apoyar la toma de decisiones autónomas, evitando la sustitución absoluta de la voluntad, tal y como lo señala la Convención de los Derechos Internacionales de las Personas con Discapacidad-, se genera una duda interpretativa a considerar. En específico, la duda se genera al hablarse de un “Plan de Consentimiento Libre e Informado” en el inciso segundo del artículo 4º, siendo que el consentimiento es un proceso, por lo que habría que hablar de distintos planes de tratamiento que implican distintas formas de consentimiento según el acto o intervención al que correspondan. Respecto a este punto, se identifican también conflictos entre normas relativas a las situaciones excepcionales en que se puedan realizar intervenciones sin el consentimiento de las personas usuarias. Todas estas ambigüedades generan vacíos relevantes de resolver en futuras instancias en miras de garantizar de manera efectiva los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

Se menciona también la necesidad de contar con un glosario actualizado y con perspectiva de derechos, lo cual debiese ser abordado en los reglamentos.

5. ASPECTOS QUE LA LEY OMITE O DEJA EN VACÍO

Existen ciertos aspectos de la ley que suscitan dudas en términos interpretativos, lo que podría tener repercusiones en la implementación de la misma. Un primer aspecto dice relación con que el cuerpo legal no deja en claro cuál es su ámbito de aplicación, en tanto no hay un artículo específico que lo explicita. De esta forma, no queda claro si la ley se

aplicará a cualquier tipo de atención en Salud Mental, independiente de la unidad, servicio o nivel en que se realicen las atenciones. Tampoco queda claro si esta refiere exclusivamente a los derechos de los usuarios con enfermedades de salud mental en los dispositivos de atención; ya que la ley habla en su artículo primero de los derechos de “las personas en la atención en salud mental”, para luego hablar de los derechos de “las personas con discapacidad psíquica o intelectual y de personas usuarias de los servicios de salud mental”. En la misma línea, no se explicita a quién se dirigen las obligaciones que la ley establece; pudiendo interpretarse que, a todos los prestadores de atenciones en salud mental, pero siendo necesario aclararlo.

Respecto a la posibilidad de realizar investigaciones biomédicas en personas que no pueden dar su consentimiento libre e informado, se modifica lo dispuesto en la legislación anterior, abriéndose la posibilidad de que ello ocurra para que este grupo no quede excluido de los avances de la ciencia cuando “la condición física o mental que impide otorgar el consentimiento informado o expresar su preferencia sea una característica necesaria del grupo investigado”. Pese a ello, se genera un vacío en la medida en que se vuelve muy difícil interpretar qué se entiende por “personas que no son capaces físicamente”.

Finalmente, se identifican ambigüedades en la normativa respecto a la investigación biomédica en menores de edad y su derecho a negarse a participar, ya que la ley no deja en claro si se refiere a niños y niñas que presenten una discapacidad psíquica o intelectual, o a niños/as en investigación en general.

6. CONTRAPOSICIONES O CONTRADICCIONES EN EL CONTENIDO EN LA LEY Y CON OTRAS LEYES (INCONGRUENCIA JURÍDICA)

Una primera contradicción interna a las disposiciones de la ley refiere a la reglamentación sobre el consentimiento de las personas usuarias. En este punto, se identifican conflictos entre normas, ya que en el artículo nº 9, en que se define el catálogo de derechos, se plantea que toda intervención médica o científica de carácter invasiva o irreversible, inclusive las de carácter psiquiátrico, deberá contar con el consentimiento libre e informado de la persona usuaria, salvo que esta esté en estado de incompetencia con riesgo vital o secuela funcional grave (de acuerdo al artículo 15 de la ley 20.584). Por otro lado, en el artículo nº 17, se señala que nunca se podrá someter a tratamientos irreversibles a una persona que esté hospitalizada de manera involuntaria, negándose así la situación excepcional mencionada previamente.

También se identifica una incongruencia jurídica en lo relativo a las intervenciones de esterilización. Respecto a esta materia, el artículo nº 9 de la ley 21.331 señala que “la persona con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual” tiene derecho a no ser esterilizadas sin su consentimiento libre e informado, y que queda prohibida la esterilización de niños, niñas y adolescentes como medida de control de fertilidad. Mencionándose también que, cuando la persona no pueda manifestar su voluntad, no sea posible desprender su preferencia o se trate de un niño, niña o adolescente, deberán aplicarse únicamente métodos anticonceptivos reversibles. Esto se considera un avance importante en la garantía de derechos, pero se genera un conflicto legal en tanto la ley no deroga el artículo nº 24 de la ley 20.585, que establece que se podrán aplicar tratamientos invasivos o irreversibles en personas que no puedan manifestar su voluntad, bajo la condición de que sean autorizados por un informe favorable del Comité de Ética del establecimiento de salud. De esta manera, se identifica una manifiesta contradicción legal,

y en miras a garantizar un ejercicio pleno de derechos, debiese haber un pronunciamiento ministerial respecto a este punto.

Como fue mencionado en el punto anterior, la ley abre la posibilidad, en su artículo n° 28, de realizar investigaciones biomédicas en personas "que no son capaces física o mentalmente de expresar su consentimiento" cuando la condición física o mental que lo impide es una característica necesaria para la investigación. Respecto a este punto, además de la duda interpretativa que se genera respecto a qué se entiende por incapacidad física, se produce otro equívoco al señalarse que, en estos casos, no podrán participar de las investigaciones personas que puedan recuperar su capacidad de consentir. Esto entra en contradicción con lo señalado en incisos posteriores, en que se establece que, "se deberá obtener a la brevedad el consentimiento o manifestación de preferencia de la persona que haya recuperado su capacidad física o mental para otorgar dicho consentimiento o manifestar su preferencia".

Por último, habría una incoherencia entre reglas respecto a la investigación biomédica en menores de edad, ya que, si bien se menciona que esta materia deberá regirse por lo dispuesto en la ley 20.120, respetándose su negativa a participar o continuar de la investigación, no queda claro si se está haciendo alusión a menores de edad en general o a aquellos con discapacidades. De esta manera, si la ley hiciera referencia a este segundo grupo, este inciso entraría en contradicción con el artículo n° 28 de la ley, que establece condiciones bajo las que sí se autorizaría la investigación cuando las personas usuarias no pueden manifestar su consentimiento.

7. IMPLICANCIAS PARA LAS INSTITUCIONES

Este punto fue abordado con menor profundidad en la primera sesión, en tanto esta se orientó más a la revisión de los conceptos a la base de la ley y de ciertos antecedentes que permiten comprender la forma en que se promulgó.

En primer lugar, es relevante considerar que la nueva normativa establece derechos de la población usuaria en salud mental que pueden ser defendidos y disputados en instancias legales, tales como los referidos a la manifestación de consentimiento ante intervenciones invasivas e irreversibles. De esta forma, son consideraciones que deben ser adoptadas tanto por el poder judicial como los servicios de salud que prestan estas intervenciones.

Por otra parte, la ley incorpora mandatos como el deber estatal de garantizar el derecho a la inclusión social y laboral, y de promover la articulación intersectorial en miras de generar las condiciones para ello. Así, esta nueva normativa establece tareas y deberes para instituciones que exceden el sector de la salud.

8. OTRO ASPECTO ABORDADO EN LA SESION

Uno de los primeros aspectos abordados en la sesión dice relación con los antecedentes históricos de la normativa de salud mental en Chile, lo que entrega perspectivas respecto a las deficiencias que tenía nuestro marco legal en la garantía de derechos de las personas usuarias. En este marco, se menciona que si bien aún no había una ley de salud mental, el *Código Sanitario de 1927* hacía alusión a esta materia, en tanto regulaba los Manicomios, estableciendo que estos podían ser públicos o privados, y que se dividían entre Hospitales Psiquiátricos y Asilos Colonias. Luego, se señalan como documentos relevantes los *Planes Nacionales de Salud Mental de 1993 y 1999-2000*, los que sin embargo, no hacen alusión

a una ley. Se menciona también el *Reglamento 570 “para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que lo proporcionan”*, el que deroga el Reglamento general de Insanos y la presencia de la psiquiatría en los reglamentos de clínicas y hospitales, y a su vez, se ve influido por los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la SM” de Naciones Unidas (1991). Finalmente, es un antecedente la *Ley de Deberes y Derechos en Salud Mental (2012)*, la que incorpora aspectos del reglamento 570 y no resulta armónica con las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Así, esta ley ponía énfasis en las restricciones de las que la persona usuaria es sujeto dado su estado de salud, y no establecía disposiciones que permitieran hacer primar su voluntad.

Con todo esto, se argumenta que el campo de la Salud Mental ha sido históricamente rezagado de las políticas de salud, no incorporándose con énfasis adecuados, teniendo un financiamiento insuficiente y siendo relegado a normativas y reglamentos que tienen menor relevancia y se presentan, a fin de cuentas, como un cuerpo legal disperso.

Dentro de las principales deficiencias de este cuerpo legal previo a la promulgación de la ley, se menciona que prima una forma de referirse a las personas con enfermedades de salud mental que carece de criterio científico, de manera que se centra en las condiciones de los pacientes. Asimismo, se rescata que algunas materias solo estaban recogidas como normas de carácter administrativo, lo que afecta su rango de aplicación, las posibilidades de control de cumplimiento de preceptos y su nivel de actualización. Además, se rescata que no contábamos con una protección adecuada de los derechos de las personas usuarias en salud mental, las que podían ser sometidas a procedimientos sin su voluntad y eran consideradas “menos competentes”; que había nulo abordaje de la institucionalización psiquiátrica; escaso control judicial de las hospitalizaciones no voluntarias; ausencia de mecanismos de revisión autónomos; restricciones al derecho a la información médica; y, coexistencia de servicios acorde al Plan Nacional de Salud Mental con hospitales psiquiátricos y servicios asilares, formales e informales. En suma, había una desprotección de las personas usuarias en salud mental, y especialmente de algunos grupos, como las personas privadas de libertad y las infancias vulneradas. Asimismo, no se contaba con una suficiente acción intersectorial para la promoción del bienestar, la salud mental y la inclusión social.

En la misma dirección, se presentan algunos antecedentes del contexto chileno que permiten dar cuenta de la importancia de desarrollar leyes y políticas que atiendan a la salud mental. Dentro de ellos, que Chile cuenta con una alta prevalencia de enfermedades de este tipo, a la vez que de enfermedades crónicas; habiendo además, una tendencia a la comorbilidad entre estas dos. En esa línea, se señala que mostrar la relación entre salud física y salud mental puede ser una estrategia favorable para relevar la importancia de legislar y contar con financiamiento para esta última. Finalmente, se menciona que los planes, políticas y programas existentes han sido poco eficaces en controlar la tendencia creciente de problemas de salud mental en el país.

Otros aspectos abordados en la sesión que son reiterados tanto en las presentaciones como por personas de la audiencia en el momento de la discusión, dice relación con el lenguaje que se utiliza en la ley y la necesidad de actualizarlo desde una perspectiva de

derechos. En ese sentido, se menciona la importancia de tener distinciones adecuadas respecto a conceptos como “enfermedad mental”, “discapacidad psíquica” y “discapacidad intelectual”. Asimismo, participantes del foro que son activistas en Derechos Humanos y miembros de Agrupaciones de usuarios, usuarias y sobrevivientes de la salud mental, señalan que aún persiste un lenguaje patologizante, que se centra en la enfermedad y no en las personas.

Se menciona también que un problema importante y a la base de la ley es que contó con escasa participación de la ciudadanía, cuestión que es reiterada tanto por los expositores como por personas de la audiencia y miembros de agrupaciones usuarias. De esta forma, se recalca la necesidad de “dar vuelta este proceso desde un punto de vista ético”, en tanto existe una deuda con las personas que se han visto perjudicadas por la manera en que se ha abordado la salud mental en el país.

Por otra parte, al momento de la discusión se dialoga en torno a como la ley regula las esterilizaciones forzosas, ya que, si bien se había mencionado que estas quedaban prohibidas para todas las personas, independiente de su edad, miembros de agrupaciones usuarias mencionan que es algo que sigue ocurriendo (en la sesión hubo un testimonio). En la misma línea, miembros de agrupaciones activistas en salud mental miran con preocupación que la ley no sancione retroactivamente aquellos casos en que ha habido vulneración de derechos, tal y como ocurre con las esterilizaciones forzosas, y que no se haya prohibido el electroshock. De esta forma, se señala que esta es una ley que llegó tarde y que, en una serie de aspectos, se encuentra obsoleta; que aún falta por desarrollar todo lo referente a programas promocionales y prestaciones de servicios; y, que carece de una perspectiva de cuidados. En el formulario en línea, se menciona que debiese incorporarse también la perspectiva antropológica y de la salud integrativa.

Finalmente, se discute respecto a la consideración, en la normativa legal, de las y los trabajadores en Salud Mental; señalándose que si bien es un aspecto que no se contempla en la ley, es necesario tener la precaución de no contraponer los derechos de las personas usuarias a los de las y los funcionarios/as en Salud Mental. En ese sentido, se argumenta que es un punto que se podría abordar en el marco de los derechos laborales y su protección a la Salud Mental, los que debiesen extenderse también a otros tipos de trabajo.

SESION 2

“Consentimiento” en la ley 21.331.

1. BREVE DESCRIPCION DEL TEMA ABORDADO EN LA SESION.

El objetivo de la sesión es analizar las implicancias de la ley 21.331, respecto al punto del Consentimiento libre e informado. Modera la sesión **Cecilia de la Cerda**, Dra. en Psicoterapia, académica de la Universidad de Playa Ancha. Introduce el tema del consentimiento desde su relevancia como puente entre lo psicológico y lo jurídico

El primer expositor es **Felipe Abbott**, abogado, académico y subdirector del centro de derechos humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile, integrante de la Comisión Nacional de Protección de Derechos de los Pacientes con Enfermedades Mentales (CONAPREM), y de la Comisión Nacional de Psiquiatría Forense. Abre el debate contextualizando el concepto de consentimiento, con el objetivo de facilitar su comprensión de las distintas miradas de la nueva regulación, y así favorecer a un análisis integrado del tema. Articula el consentimiento como un punto de ejercicio interdisciplinar en relación con conceptos utilizados tradicionalmente en derecho, desde el código civil, y en la práctica médica en el entorno sanitario. Y se enfoca en el consentimiento como institución, como punto de contacto entre la subjetividad de una persona y el mundo que lo rodea, con la figura de la capacidad a la base del consentimiento. Para el análisis realiza un cruce con la convención sobre derechos humanos de personas con discapacidad, que aparece como antecedente a la ley 21.331.

Francisca Figueroa San Martín, abogada especializada en Derechos Humanos, académica de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Chile, abogada del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH). Continúa con lo planteado por el primer expositor respecto a la promoción de la cultura de los Derechos Humanos en salud mental. Se refiere a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada en 2008, a las obligaciones que esto implica para el estado, y el cambio de paradigma que esto genera afectando múltiples ámbitos de las vidas de las personas con discapacidad, especialmente en materia de salud mental. Conlleva un cambio de modelo y comprensión de lo que es la discapacidad, se transita desde su entendimiento como un problema de funcionalidad, desde lo biomédico, a una comprensión social de la discapacidad como el resultado de interacciones entre la persona y el entorno cargado de barreras. Pasa a ser propiamente tal un modelo de Derechos Humanos. Las personas con discapacidad dejan de ser entendidas como sujetos de tratamiento, de asistencia médica, sanitaria, y pasan a ser entendidas como personas, sujetos plenos de dignidad y de derechos humanos. Desde este punto de vista analiza las disposiciones de la nueva ley.

La tercera expositora, **Laura Rueda**, terapeuta ocupacional, Mg. en Bioética, y profesora titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, se enfoca en elementos vinculados a la aplicación del consentimiento informado. Aborda en su presentación conceptos desde un enfoque bioético como la autonomía y la dignidad; implicancias de la ley para las intervenciones y las investigaciones; y propone una adaptación de los consentimientos informados, con el fin de poder incluir a todas las personas en el proceso.

Cierra las exposiciones **Rafael Dresdner Vicencio**, psicólogo, presidente de la Corporación Voces, miembro del observatorio de Derechos Humanos del Biobío, y coordinador técnico de la Fundación Unidamente. Reflexione respecto al concepto del consentimiento y la toma de decisiones, apoyándose en material de discusiones sostenidas en la Mesa Regional Metropolitana de Derechos Humanos y Salud Mental, haciendo observaciones e incidencias respecto de la ley de salud mental, y propuestas levantadas desde la misma mesa.

2. ASPECTOS QUE EN LA LEY ES UN AVANCE

Dado que el ideal responde a los planteamientos de la Convención de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad, se consideran más que un avance, condiciones mínimas.

El artículo 4 de la ley intenta aproximarse al lenguaje y espíritu de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Contempla figuras para el apoyo en la toma de decisiones, no desarrolla ni especifica, pero lo considera.

Establece que la persona tiene derecho a participar de un plan de consentimiento libre e informado desde el primer contacto con el dispositivo de salud, y que es un proceso permanente del cual la persona debe participar.

Establece obligación de accesibilidad en la información a promoverse por los equipos terapéuticos. Deben promover el ejercicio libre e informado desde una accesibilidad que implica el lenguaje que se utiliza, informar riesgos, etc.

Se contemplan figuras que pretenden resguardar voluntades y preferencias de la persona en casos de crisis futuras, planes de intervención en crisis, acompañantes para la toma de decisiones etc.

Se establece norma que prohíbe intervenciones irreversibles sin consentimiento.

3. ASPECTOS QUE EN LA LEY SE OBSERVA UN RETROCESO / BRECHAS

No se plantean retrocesos como tales, más bien son brechas ya existentes, que se mantienen en la nueva legislatura. No cumple con el estándar de la Convención de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad, que es en términos absolutos.

Proyecto de ley surge en proceso de implementación de la convención, no cumple con el estándar y es contradictorio al proyecto de ley 12.441-17, proyecto de ley que se está discutiendo hoy en día sobre capacidad jurídica.

En la estructura que plantea el código civil, la capacidad jurídica se describe de modo binario, dicotómico. Las personas son capaces o no son capaces. Esto es problemático a la hora de actualizarse el concepto, a la hora de tratar de resolver los problemas que plantea la moderna doctrina de los derechos humanos, donde de partida la titularidad de derechos y las posibilidades de ejercerlos a plenitud, no pueden ser respondidas con un sistema tan rudimentario como es un sistema binario o dicotómico.

A partir del reconocimiento de que la situación de una persona en relación con su entorno para poder ejercer sus derechos puede encontrarse en un amplio abanico de situaciones y, por ende, es obligación del entorno facilitar el ejercicio de tales derechos en función o a razón de la particular condición en que se encuentra, es que esta idea de capacidad o incapacidad jurídica resulta insuficiente. Es obligación del entorno facilitar el ejercicio de derechos.

Por muy afectada que esté la capacidad mental, no puede negarse a la persona su condición de sujeto pleno de derechos. Por lo tanto, se debe velar por erradicar las sustituciones de las decisiones terapéuticas de las personas, que sean tomadas por los tutores legales, médicos, etc. Si no que existan apoyos que permitan resguardar sus voluntades y preferencias de las personas. Se plantea ahondar también en la implementación de voluntades anticipadas.

En base a posibles sugerencias y adaptaciones se puede decir que el proceso de consentimiento informado es una herramienta que debe ser utilizada indistintamente para todas las personas y que, existiendo una adaptación individualizada, correcta, no podríamos buscar sustituyentes de consentimiento, que otra persona decida.

Respecto a las personas con discapacidad psicosocial e intelectual, la excepción de los derechos se constituye como una regla casi general. Si bien son reconocidos como titulares de derechos (capacidad jurídica), esta doble dimensión, entre por una parte ser reconocido como titular de derechos ante la ley y, por otra parte, poder ejercerlos por mí misma. En esta segunda dimensión, la personas con discapacidad suelen ser restringidas, se restringe por una discriminación por su condición de discapacidad.

En el consentimiento libre e informado hoy en día y en la nueva ley 21.331, se mantiene la posibilidad de sustituir la voluntad de la persona, de sustituir su toma de decisiones y reemplazar aquello por un consentimiento otorgado por familiares, tutores, curadores, representantes legales. Mantiene figuras de representantes legales, mantiene excepciones al consentimiento libre e informado, a pesar de que se trata de prácticas que afectan gravemente la integridad personal, como la terapia electroconvulsiva

Ley no cuenta con financiamiento para asegurar la implementación. Todos los cambios que requieren poder garantizar la autonomía de las personas con discapacidad psicosocial implican un cambio cultural, que tiene que ver con capacitar a funcionarios de salud, familiares, redes de apoyo social, agentes del sistema de justicia.

4. ASPECTOS QUE SERÁ CLAVE LA FORMA EN QUE SE ABORDEN EN LOS REGLAMENTOS

La convención fue suscrita y ratificada el año 2008. Esto obliga primero a todo lo que el mismo tratado establece. Por lo que, como primer lineamiento, **el estado debe adecuar su ordenamiento interno para que no haya contradicciones**. Los tratados internacionales tienen un nivel jerárquico superior a las normas de derecho interno, pudiera entenderse la norma preexistente de derecho interno eliminada por el nuevo tratado, pero en la práctica no sucede así necesariamente. Hay un llamado al estado a derogar normas para que la única que aplique al caso sea la que diga el tratado.

Además de esto, se debe implementar los instrumentos internos necesarios para dar eficacia a la convención o tratado a través de la dictación de normas, y tener el cuidado de que no sean contradictorias con el tratado.

La ley de salud mental establece la obligatoriedad de reglamento en dos aspectos, en la internación y en las prácticas frente a conductas perturbadoras.

Se debe abordar específicamente en torno a la aplicación del consentimiento informado: cuáles serán las formas en que se dan los consentimientos; cómo se implementarán las voluntades anticipadas; qué validez tendrán en términos administrativos y de registro. En qué modalidades, quiénes van a poder participar de esto, entre otros.

Entender el consentimiento como un acto de elegir, y toda elección es un acto colaborativo que requiere de muchas partes para poder ser ejecutadas. Conocer condiciones que llevan a tomar una decisión, tener conciencia de alternativas y opciones posibles, saber sobre la factibilidad de cada opción y alternativa posible, reconocer efectos probables de cada camino (para la persona, seres queridos, efectos sociales, laborales, en la propia imagen, etc.), tomar postura respecto a estos efectos, evaluar posibilidades y restricciones del escenario resultante, imaginar cómo sería la continuidad de ese camino decisional para mantenerlo, confiar en saberes y condiciones que indiquen que puedo llevar a cabo mis elecciones. Todo esto cruzado con que habrá lealtades, poderes e intereses en juego en las elecciones disponibles.

Respecto al consentimiento mismo, se debe formular el proceso cómo se va a aplicar. El proceso que va a generar ciertas adaptaciones del lenguaje comunicacionales, para sustituir el lenguaje técnico por un lenguaje culturalmente comprensible por las personas. En eso se refleja el respeto por las personas, además de entregar toda la información y comunicar los resultados del estudio. Se debe dar a conocer riesgos y efectos secundarios que se podrían tener (principio de no maleficencia). Efectos no sólo físicos, si no sociales, psicológicos, estigmatización, etc. Se debe proporcionar claridad de los beneficios recibidos (beneficencia), participantes en forma directa deben recibir el beneficio y tiene que mencionarse claramente. No solamente el impacto social, sino un beneficio de forma directa. Las medidas de protección frente a riesgos y efectos adversos también deben estar preestablecidos y clarificados.

Desde la bioética un consentimiento informado debería tener todas estas especificaciones claras y mencionadas para ser válido.

5. ASPECTOS QUE LA LEY DEJA EN VACÍO.

Artículo 4 de la ley habla sobre el consentimiento libre e informado para conocer tratamiento y alternativas terapéuticas y genera la idea de apoyo. **Necesario de analizar, no es solo apoyo en otras personas, es más bien apoyos para que la propia persona pueda efectuar libremente su consentimiento informado.** No se establece concretamente en qué consisten los apoyos ni cómo hacerlos efectivos. Qué significa que podamos determinar la capacidad de consentimiento y la toma de decisiones que tenemos como personas, qué efectos tiene eso. A quién se va a considerar con la suficiente autoridad y conocimiento para hacer eso. No es claro respecto a las situaciones críticas, esto debiese abordarse mejor.

Hay que profundizar en los mecanismos de salvaguarda de la voluntad, no es suficiente. Si sólo se utilizan los consentimientos informados, las voluntades anticipadas como prácticas de registro y sin asesoría de organismos externos, son mecanismos que pueden quedar bajo criterio netamente sanitario, cuando es un tema de derecho.

La preservación de la capacidad jurídica ante la justicia también es importante abarcarla. Cómo las personas puedan representarse en espacios jurídicos también, ante las responsabilidades jurídicas.

Hay algunas cosas que la ley considera en torno a eso, tiene que ver con que la evaluación conjunta de caminos decisionales es constante, está abierta a la posibilidad de que uno puede cambiar de opinión, que se entregue y se debe buscar información, y que se tienen que generar condiciones para la toma de decisiones.

Hay otros temas que no están considerados respecto al tejido de elecciones, preferencias y voluntades. Como lo que tiene que ver con, qué pasa con acompañar las reflexiones en los distintos momentos de una decisión. Hay una serie de momentos, procesos, diálogos que hay que tener en torno a una decisión cuando se nos hace compleja. En todos esos momentos podemos acompañar y eso debe ser una práctica clínica, comunitaria. Ayudar a ver caminos decisionales y opciones, apoyar la imaginación sobre esto. A veces hay cosas prácticas, concretas, ayudar a la imaginación de caminos decisionales. Investigar de forma conjunta lo que no se sabe.

La superintendencia de salud sólo ve la acreditación sanitaria en términos administrativos, si cumple o no cumple con esto es un tema complejo, pero que se debe abordar. La fiscalización es deficiente y no existe en la práctica. Cómo se evalúa que la voluntad de la persona está siendo respetada en las prácticas clínicas comunitarias desde sus participantes. Sólo se habla de promoción, no de garantías, ni de financiamiento.

Ampliar condiciones de consentimiento para el uso de psicofármacos y otras prestaciones. Que el consentimiento se aplique en todas las instancias de atención en los servicios de salud mental. No es una ley de salud mental, es una ley de SERVICIOS de salud mental. Eso es importante porque la transversalidad de la salud mental podría extenderse a otros ministerios, pero sólo se queda en el MINSAL.

No está claro en la ley cómo operarán los apoyos en la toma de decisiones de alternativas terapéuticas, resulta importante el contenido del reglamento aún no escrito. Hay muchas cosas sobre la ley que no tiene reglamento, por lo tanto, mi gran duda es quién o cómo este foro podría influir en este reglamento para poder llenar los vacíos que deja la ley en su operatividad. Hay muchas cosas que no conocemos, la enfermedad mental como concepto aún está en discusión, por la complejidad que supone.

Artículo 28 ley 21.331, la ley 20.584 y decreto con fuerza de ley n°1 de 2006 del minsal, se entiende que la intendencia de prestadores de la salud no se constituye como competente para pronunciarse sobre el manejo clínico de casos. El espacio clínico queda vedado a cualquier observación respecto a prácticas de derechos humanos. Es en espacios clínicos o comunitarios donde justamente se invita mucho a toma de decisión o se plantea que las decisiones que se toman, son decisiones clínicas. Es algo a observar, porque puede ser problemático si no se incluye en el reglamento a la hora de ver las sanciones respecto a éstas.

6. IMPLICANCIAS PARA LAS INSTITUCIONES

Se debe considerar que previo a la ley, al ratificarse la convención, el estado se obligó a erradicar todos estos mecanismos de sustitución de la voluntad y transformarlos en mecanismos de apoyo para la toma de decisiones y salvaguardias para garantizar que en esos apoyos y en esas tomas de decisiones, en todo momento se resguarde la voluntad y la preferencia de la persona. Y con eso resguardar el ejercicio de la autonomía, garantizar que la persona sea la auténtica protagonista de su vida, que la persona sea la que tome sus decisiones respecto a su proceso de recuperación en salud, y garantizar el consentimiento libre e informado para todo tipo de prácticas e intervenciones médicas o científicas.

Creación de equipos interdisciplinarios a nivel local para abordaje de crisis. Esto favorece ante los eventos que más que estar invitados a tomar decisiones por otros, se genere un contexto de seguridad para que las personas puedan decidir y reciban este apoyo que es

tan importante recibir ante eventos críticos. Crear espacios seguros y de confianza en eventos críticos son fundamentales para evitar sustituir la toma de decisiones.

Creación al interior del país de crear la institucionalidad adecuada para promover y proteger los derechos mencionados en el tratado. ¿Existe esta institucionalidad? Es un llamado especial de complemento. Aunar criterios con otras organizaciones, lo que permite reconocer experiencias y pensar de distintas maneras en aspectos de derechos humanos y salud mental.

Construcción de mecanismos de salvaguardias de la voluntad es importante que se hagan desde organizaciones externas de salud que puedan apoyar: instituciones con dependencias administrativas (comités de ética, conaprem, coreprem), apoyo de pares y organizaciones de defensoría de derechos.

7. OTROS ASPECTOS ABORDADOS EN LA SESIÓN.

Antecedente a la ley 21.331, en cuanto al sistema internacional de Derechos Humanos de personas en situación de discapacidad. En particular se vincula a la dimensión de la discapacidad que dice relación con las discapacidades mentales e intelectuales, ya sean mentales, cognitivas o psicosociales. La definición de estas situaciones, describen situaciones con obstáculos para interactuarse con el medio, por eso la idea de capacidad y la figura del consentimiento adquiere relevancia, porque fundamentalmente la lógica de la incapacitación, es decir que cualquier persona que no sea totalmente capaz, se le priva de ejercer sus derechos, entra en coalición con lo escrito en la convención de derechos humanos en discapacidad.

No se incluye, y se propone, eliminar prácticas de coacción: internaciones involuntarias, medidas de contención física, medicación forzosa, etc., no debiese ser considerado ni siquiera en condiciones excepcionales, están fuera de las normativas en derechos humanos.

Comité de la ONU dice que el estado de Chile debe revisar y derogar todas las disposiciones que restringen el consentimiento libre e informado de las personas con discapacidad, incluyendo las que se encuentran interdictas bajo tutela o se encuentran institucionalizadas y se adopten regulaciones necesarias para el pleno ejercicio del consentimiento libre e informado para actuar en todo tipo de intervenciones médicas o científicas.

Ampliación del alcance de la ley a otras condiciones respecto al consentimiento, para todas las prestaciones de salud mental y todos sus participantes e incluyendo personas sujetas a curadurías, interdicciones, bajo custodia del estado, con medidas de seguridad penal. También deberían tener acceso a la posibilidad de que consintieran, aún bajo sus condiciones, respecto a las temáticas que les interesan en su vida. Que puedan consentir y fuesen escuchadas sus voluntades.

En el desarrollo que ha hecho el comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, se ha construido un estándar de prohibición absoluta respecto de la internación y tratamiento involuntario, de prohibición absoluta a todo evento. Esa prohibición incluso está en caso de personas en situación de crisis psicoemocional. A mayor situación de crisis, mayor apoyo debe haber para que las personas puedan ejercer su autonomía y tomar una decisión con su consentimiento. El consentimiento libre e informado implica el derecho a aceptar y a rechazar un tratamiento propuesto. Tiene esa doble dimensión. Esto

no significa desatender la salud de la persona. El comité indica que en estos casos hay que interpretar cuál sería la mejor voluntad y preferencia de la persona respecto de su situación.

El reglamento es de competencia de los órganos técnicos del MINSAL, y el déficit de participación ciudadana para llenar de contenido estas normas es complejo. No hay prácticas de consulta a la sociedad civil para la redacción de las normas. Se requiere la consulta vinculante con la población y no se cumple ese estándar de la convención en la ley de salud mental actualmente. Déficit estructural de participación de la sociedad civil y de organizaciones de personas con discapacidad.

La ley no habla de reparación a personas que presenten consecuencias negativas respecto a sobremedicación o farmacologización con psicofármacos.

No hay garantía con los tutores, ni con las personas tutoras, a veces son las personas que violentan.

La discapacidad incluye condiciones de largo plazo, por lo que es conflictivo en temas de salud mental en algunas ocasiones.

Estudios sobre aplicación de consentimiento informado en NNA, que son los rangos de edad considerados más frágiles en torno a la autonomía. En este sentido se usa la escala de desarrollo moral que nos entrega herramientas para pensar en qué momento un NNA puede tomar sus propias decisiones, puede contribuir a conocer alternativas de tratamiento o terapéuticas, o educacionales que se le puedan ofrecer en su vida.

Otro foco de atención relacionado con este tema se desarrolla a partir de generar diferencias en torno a los soportes y los apoyos para aplicar los consentimientos informados, tanto en personas con diagnósticos psiquiátricos como con personas con discapacidad intelectual, que es muy distinto. Los aportes son distintos entre estas situaciones.

Es posible realizar adaptaciones interculturales y adecuaciones de los documentos de consentimiento informado para que todas las personas puedan participar de ellos, se puede facilitar la comprensión de personas con discapacidades intelectuales, cognitivas y/o mentales. Así se facilita que todas las personas, independiente si tienen discapacidades puedan entender y acceder a tratamientos o intervenciones médicas.

Es inviable que esta ley de salud mental tenga una perspectiva desde las personas que afectan. Mientras el paradigma sea biomédico, desde la perspectiva manicomial y deslegitimice la interculturalidad en el tratamiento, va a seguir siendo violento.

SESION 3

Niños, niñas y adolescentes en la ley 21.331.

1. BREVE DESCRIPCION DEL TEMA ABORDADO EN LA SESION.

Se aborda el tema Implicancias de la ley 21.331 con la exposición de cinco expertos en el tema.

Mónica Kimelman, Médica psiquiatra infanto adolescente. Terapeuta Familiar de Intervención en Red. Académica de la Universidad de Chile. Consultora de Minsal y OPS en temas de infancia.

María Pía Santelices. Psicóloga, Doctora en psicología y psicopatología clínica. Académica de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Investigadora de Midap. Directora del Centro Cuida.

Jimena Carrasco, Terapeuta Ocupacional, Doctora en Psicología Social. Académica de la Universidad Austral de Chile - Investigadora Adjunta de IMHAY (*Salud mental de adolescentes*)

Ricardo Musalem. Psicólogo. Miembro del Grupo de Políticas Públicas de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia SOPNIA. Director de la Agencia de Salud Escolar Alegro Educación.

Isaac Ravetllat Ballesté. Doctor en Derecho, Master en Derecho de Familia e Infancia y Postgrado en Derecho Civil Catalán por la Universidad de Barcelona (España). Profesor Asistente de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Talca. Director del Centro de Estudios sobre Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Universidad de Talca (CEDIA). Secretario General de la Asociación para la Defensa de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia (ADDIA) e integrante del Observatorio de la Infancia del Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Cataluña (España).

Moderadora: **Jennifer Conejero**, psicóloga, Mg en Psicología, Depto. Pediatría y Cirugía Infantil Norte, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Las exposiciones y el posterior debate señalan claramente que después de 3 sesiones de análisis de la ley 21.331, la infancia y adolescencia son los grandes ausentes. Una a una las expositoras plantearon sus críticas enunciando que el enfoque de la ley era adultomorfo, fragmentario, inconsistente, individual, opuesto totalmente al enfoque requerido e indispensable para el mejor desarrollo posible de las nuevas generaciones.

En cuanto a los principios de protección, se destacó que solamente en uno de los principios de un total de 8, están presentes los NNA, el que señala entre otras cosas el derecho a la autonomía progresiva y a preservar su identidad. Sin embargo, este derecho que sería uno de los pocos elementos positivos de la ley, está siendo vetado por el Ejecutivo lo cual representa una dificultad mayor.

Una vez más se ha reiterado que el Estado chileno está obligado a cumplir las Convenciones internacionales de la que es firmante, sin embargo, en el cuerpo legal sigue

excluyendo derechos tan importantes como la salud, la salud mental, los derechos del niño y la protección a la integridad personal. Una de las intervenciones señala como impactante que la patología por violencia hacia NNA, esté ausente en esta ley. Y se acota a modo de información que Chile es uno de los países con la mayor prevalencia de problemas de salud mental en niños y niñas de 1 a 5 años. Según investigaciones en salud mental de este rango etario se muestran datos de una última que señala que el total de años perdidos por discapacidad o muerte AVISA, es alarmante. Y se reitera el hecho de que las cifras de Chile, en comparación a otros países siempre son más preocupantes por el alto porcentaje de problemas de salud mental, cuestión que se agrava en la primera infancia. Lo que está claro es que en el país no se está velando, ni protegiendo los derechos, ni la integridad, ni evitando que se vulneren los derechos de los NNA y queda claro en una investigación que muestra que el 38 por ciento de ellos, tiene algún grado de malestar psiquiátrico.

Se menciona que la Convención de los Derechos del Niño, promulgada en Chile en septiembre de 1990, tuvo que adecuar su legislación y ha tenido que ir actualizándose para alcanzar los estándares que supone esta convención, sin embargo, el Estado chileno pareciera siempre estar al debe.

El 2005 se crea un sistema penal especializado para menores de edad donde para establecer responsabilidades penales, se termina con la evaluación de la capacidad de discernimiento considerándose la etapa evolutiva a partir de los 14 años, para establecer sanciones. En la tramitación de esta ley se agregó una sanción accesoria, suponiendo una gravosidad en la pena derivándose la posibilidad de quebrantamiento, ya que choca con el principio de voluntariedad con que se hacen los tratamientos. Se mostraron también, como han ido evolucionando las herramientas desde el poder judicial y el Sename para la intervención de estos jóvenes y como la sanción penal ha dado paso a una herramienta de evaluación del órgano encargado de ejecutarla, eminentemente sicologizante y psiquiatrizante. Se enfatiza que en la población de jóvenes infractores de ley hay mayor incidencia de rezago en el desarrollo y trastornos de salud mental y que la ley 21331, no considera a esta población de riesgo. Se llama la atención en este punto sobre los efectos negativos, casi perversos, de la intervención de organismos privados en la atención de programas como Sename y Senda.

En la ley 21331 se define a la salud mental como un derecho. Sin embargo, a la luz de las exposiciones y discusión el enfoque de la ley es insuficiente para suplir las necesidades de salud mental de NNA porque centra su gestión en personas con patología y no en el control o modificación de los aspectos sistémicos de contexto. La salud mental de NNA se consigue cuando existen políticas de cuidado, en espacios que permiten el desarrollo integral, entre otros lineamientos y en esta ley no se encuentran.

Finalmente se reitera la ausencia de los NNA de esta norma, con una mirada e imposición de lectura adulto céntrico y se plantea la esperanza de que en el nuevo texto constitucional se reconozca a los NNA como sujetos de derecho. Se enfatiza que el derecho a la salud constituye un imperativo ético en la nueva constitución para transitar al buen vivir.

2. ASPECTOS QUE EN LA LEY ES UN AVANCE EN EL TEMA ABORDADO.

Se reconoce como valor el tener una ley y que este avance en el reconocimiento a la autonomía, igualdad de derechos y no discriminación de las personas usuarias de los servicios de salud mental, que incluye a niños, niñas y adolescentes.

Se reconoce también, como un avance el derecho de NNA a recibir información sobre su malestar de salud mental y el tratamiento; que establece un catálogo de derechos básicos reconocidos para las relaciones entre personas con diagnósticos de enfermedad mental y entidades de salud; aporta a mayor información acerca del tratamiento general y de la ubicación precisa y acotada de ciertas instituciones; otorga claridad terminológica; entrega a las personas ciertas herramientas de autonomía y defensa de los derechos.

También, se agregan como avances, que se incorporan exigencias para la utilización de la contención física, mecánica, farmacológica, en residencias de Sename; incorpora sugerencias realizadas por distintos profesionales del área de la salud que fueron parte de la discusión de la ley; avance, también, en la necesidad de proteger los derechos de las personas con diagnóstico de enfermedades de salud mental que se encuentran en situación de vulnerabilidad; que Chile se alinea con la mayoría de los países latinoamericanos que sí contaban con legislación específica en esta materia, en respuesta a la solicitud de la OMS; otorga un marco legal respecto a las estrategias de aislamiento (iatrogénico para NNA).

Se valora la ley, pero se señala la invisibilización de los NNA, habiendo solo 5 referencias de un total de 27 artículos, donde conceptos como la autonomía progresiva no queda clara.

3. ASPECTOS QUE EN LA LEY SE OBSERVA UNA FALTA DE AVANCE (NO SE APROVECHÓ OPORTUNIDADES SUSTANCIALES DE MEJORA).

Resalta en toda la sesión el hecho de que el lugar de NNA en esta ley es mínimo, además se observa que la perinatalidad y la infancia están invisibilizadas, señalándose como dramática la invisibilización de la violencia hacia este grupo etario, lo que está reñido con la perspectiva de derechos humanos.

En lo referente a la patología por violencia, se señala que el artículo 8 de la ley no considera a los NNA, ya que dice que se debe abordar desde las perspectivas de derechos de género y de pertinencia por lo que el ciclo vital queda afuera. Y en cuanto al manejo de las conductas perturbadoras o agresivas que pongan a la persona en condiciones de riesgo, tampoco se consideran a los niños/niñas.

En cuanto a lo establecido en autonomía progresiva está planteado de manera tan vaga que no se precisa como se va a llevar a la práctica. Lo mismo en lo referente a ser oído. Respecto de si hubiese consentimiento informado para participar en algún tratamiento y si hubiese discrepancias entre el NNA y su tutor legal, ¿cuál prevalece? No está claro.

Hay falencias en relación con la formación y sensibilización de los y las profesionales que trabajan en el área de salud mental y que deben informar a los usuarios de estos derechos. El tema promoción y prevención están totalmente ausentes. Tampoco se incorpora la perspectiva de género.

Se excluyó solicitud de que se garantice el consentimiento libre e informado de personas con discapacidad como requisito para toda intervención quirúrgica o tratamiento médico. Se excluyó también, la prohibición de la terapia electroconvulsivante no consentida.

Es grave que en el artículo 8 referido a "las consecuencias en la salud mental que son producto de la violencia y discriminación que pueda afectar a grupos vulnerables en el ejercicio de sus derechos deben abordarse desde la perspectiva de género y de pertinencia cultural según corresponda..." por lo que el ciclo vital queda afuera. Igualmente, tampoco

consideran a los niños, en lo que respecta a al manejo de conductas perturbadoras o agresivas que pongan a la persona en condiciones de riesgo.

Resulta dramático que el protocolo de contención física y farmacológica con la participación médica necesaria también haya excluido a los niños porque esta exclusión ha significado muertes de niños y niñas en residencias del Sename.

En resumen, la falta de avances y retrocesos referidos son solo algunos mencionados.

4. ASPECTOS QUE SERÁN CLAVE EN EL DESARROLLO DE LOS REGLAMENTOS Y QUÉ PRECAUCIONES HABRÁ QUE TOMAR PARA ELLO.

En este sentido se señala que el reglamento que se va a definir va a ser fundamental pero que se necesita tener una comprensión sistémica para que realmente se pueda generar un impacto. Se destaca que es rol del Estado velar por el bienestar de NNA poniendo esta gestión al centro de toda acción institucional, es decir en toda la gestión desde el diseño de políticas públicas.

Un aspecto central que considerar es que la salud mental de NNA, se consigue cuando existen políticas de cuidado de las personas en contextos que permiten el desarrollo integral y la sana convivencia, junto con lineamientos educacionales claros para el aprendizaje emocional y social. Es decir, debe haber una línea definida tanto con recursos y programas. Hay una falencia de reales programas que tengan sentido social.

A partir de los derechos que garantiza la ley se requiere definir mecanismos de inclusión reales en todos los ámbitos, incluyendo el entorno educativo.

Otros aspectos que se debieran considerar en los reglamentos serian incluir a NNA en todos los principios de protección de derecho, además de incluirlos en artículos concernientes a la patología por violencia.

Además, incorporar la salud mental en infantes desde la perinatalidad para promover el mejor desarrollo neurobiológico posible con enfoque interdisciplinario e intersectorial garantizado. Y transitar del nivel declarativo al nivel de garantía universal de derecho a la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar.

Y promover una articulación fiable con sistemas de protección, nacionales vigentes y tratados internacionales suscritos: Convención de los Derechos del Niño, futura Ley de Garantía de la Niñez, Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales art.10.3 y art. 12 y Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos art.7 y art. 24.

5. ASPECTOS QUE LA LEY OMITI O DEJA EN VACÍO.

Al decir de varios expositores y también de los asistentes de youtube y zoom, la ley 21.331 es deficiente, excluyente, que solo hace referencia a algunos aspectos de la atención y que ahí incluso, se encuentran deficiencias.

Se necesita una ley de salud mental que tenga un carácter amplio, que incluya explícitamente a NNA, como sujetos de derecho; una ley de protección y promoción del bienestar. Que diga que los indicadores de desarrollo personal y social tienen que ser trabajados de forma sistémica siendo obligación de las instituciones escolares el desarrollo personal y social. Eso debería estar garantizado por ley.

Como se menciona en la introducción una de las críticas centrales se refiere al enfoque eminentemente adultomorfo, fragmentario, inconsistente e individual, opuesto al enfoque requerido que es evolutivo, de ciclo vital intergeneracional, sistémico, de red familiar, vincular y social, indispensable para el mejor desarrollo posible de las nuevas generaciones.

La ley 21.331 presenta omisiones que perpetúan el daño en NNA, como no integrar la función parental como un derecho humano a la salud y dignidad desde la gestación. Además, no trata con perspectiva sistema (vincular) en red familiar comunitaria los trastornos mentales a lo largo del ciclo vital. Omite noción de psicopatología evolutiva inter y transgeneracional con enfoque preventivo. Además, omite vulneración de derechos intrafamiliar y vulneración de derechos estatal.

No queda claro y se preguntan los expositores si esta ley de salud mental protegerá los derechos de los NNA con trastornos mentales en residencias.

Hay también una invisibilización de la perinatalidad y la infancia. La diada madre-bebé, son dos personas sujetas de derecho y siendo la psicopatología materna un factor de riesgo es tratada en forma individual, con un enfoque adultomorfo que puede resultar en discontinuidad de cuidados de niños y/o niñas, traduciéndose en un alto riesgo relacional y sicosocial; con vulneración de derechos familiares y sociales que pueden derivar en institucionalización de protección, violencia estatal. Las consecuencias son desapegos familiares y posibilidad real de transformarse en infractores de ley.

6. CONTRAPOSICIONES O CONTRADICCIONES EN EL CONTENIDO EN LA LEY Y CON OTRAS LEYES (INCONGRUENCIA JURÍDICA).

El lugar que ocupa los NNA en esta ley solamente está referido a 5 artículos de un total de 27 y sus 46 apartados. Además, un principio de protección, entre 8 que contempla la ley está presentes NNA, excluyendo cuestiones tan relevantes como derechos de la Convención Derechos Niñez y la promoción de la salud mental y protección a la integridad personal.

En el artículo 3, nominal f. El respeto al desarrollo de las facultades de NNA y su derecho a la autonomía progresivas y a preservar y desarrollar su identidad. Este artículo está planteado de manera tan vaga que no se precisa como se llevará a la práctica, la autonomía progresiva. Igualmente, en el derecho a ser oído.

En el artículo 25, derecho a recibir información sobre su enfermedad y su tratamiento.... Consentimiento participación investigación. Al respecto, se señala que el problema planteado con esta ley es hasta qué punto los NN y particularmente el adolescente puede ejercer, poner en funcionamiento de manera autónoma y con independencia de sus tutores ese derecho, el consentimiento informado. Y ahí hay una diferencia en el derecho respecto de asentimiento y consentimiento.

Es en lo referente a los derechos de NNA donde hay un debate por hacer respecto a que el problema planteado es ver hasta qué punto NN y particularmente el adolescente puede ejercer sus derechos. Es decir, se habla de una serie de conceptos de derechos: derechos del niño, titularidad de derechos, NNA como titular de derechos, pero poner en funcionamiento esos derechos de manera autónoma es lo que genera ruido en la práctica.

Si bien aparece el principio de autonomía progresiva y la ley lo reconoce, pero luego en el artículo 25, esta ley hace modificaciones a la ley 20584, donde se recogen los derechos y deberes de las personas en el ámbito de la salud, en el artículo 14, donde se regula el

consentimiento informado, hasta la aprobación de esta ley de salud mental, con respecto a NNA, esa norma guarda silencio.

Esta ley lo que reconoce como un principio de autonomía progresiva, en lo referente al consentimiento informado, veta el principio al modificar el art 14 de la 20584 que regula los derechos y deberes de las personas. En la práctica con la entrada en vigor de la ley se tiene claro que ningún adolescente puede prestar consentimiento informado, tienen que ser sus representantes legales. Entonces, no se entiende como principio de la norma esto de la autonomía progresiva porque precisamente prioriza el derecho de los padres a tomar decisiones por delante de sus hijos e hijas y sobre todo por encima de los adolescentes. La mirada sigue siendo adulto céntrico.

La incongruencia jurídica es que el Estado chileno les atribuye responsabilidad penal a los adolescentes desde los 14 años y al mismo tiempo les está negando la posibilidad de dar su consentimiento.

7. IMPLICANCIAS PARA LAS INSTITUCIONES.

En general las opiniones acerca de la ley y las responsabilidades en su cumplimiento no fueron muy positivas, sino más bien negativas. Las referencias institucionales engloban al Estado chileno, desde el no cumplimiento de Convenciones Internacionales al no dictar las normas obligadas, hasta desatenderlas completamente. Se ha señalado en estos foros incluso, las acusaciones ante organismos internacionales por la violación de normas referidas a derechos humanos en este sentido. El ejecutivo, en el gobierno actual, ha sido responsable y ha participado de un debate ideológico, por ejemplo, en el veto a la ley de garantías de la niñez.

Es necesario mencionar que alguien en el debate mencionó que no existe en realidad, una ley de salud mental, ya que esta ley no lo es, ni en el título, ni el propósito. Agregando que esta ley encontró un espacio político por la incapacidad del gobierno anterior de hacer una ley de salud mental como se quería, producto de las presiones de un sector de la sociedad civil.

Se señaló también las responsabilidades en instituciones como Sename, Senda y otros programas que administran fondos millonarios para tratar problemáticas sociales de NNA. Programas que se van deformando en sus prácticas por el sistema de aportes y financiamientos. Una experta señala que debe modificarse estas formas de gestión de programas.

Por otro lado, se debería buscar sensibilizar a las instituciones educacionales sobre la necesidad de mirar al estudiante y al joven desde sus necesidades sicosociales. Se debería hacer una ley para los colegios, velar porque estas no enfermen a los jóvenes.

Se hace un llamado desde los y las participantes a sacar las discusiones y debates sobre la niñez del campo ideológico, avanzar en legislar pensando en que estamos en el siglo XXI. Que deber haber cambios en el lenguaje que desde el código civil se sigue planteando conceptos como infantes, púberes, impúberes, categorías del código romano.

8. OTRO ASPECTO RELEVANTE ABORDADO EN LA SESION.

Un aspecto relevante en la sesión fue plantear que debería cambiarse el enfoque y poner el acento en lo comunitario, una salud mental comunitaria. Se esperaba que esta ley recogiera

ese enfoque y particularmente en lo que respecta a la infancia. Se señala que las investigaciones por décadas han reiterado que los niños y niñas necesitan un entorno con adultos que los cuiden, un entorno que los y las proteja para que puedan florecer desarrollando al máximo sus potencialidades.

Se ve con optimismo el cambio operado en las nuevas generaciones, en cómo están más compartidas las crianzas. En lo cultural urge un cambio de paradigma que pueda acompañar estos procesos.

Fue también unánime la mirada que hay en el trabajo que puede hacer sobre los derechos de NNA, de la Convención Constitucional. Se dijo que se espera que en la nueva constitución se reconozca a los NNA como sujetos de derecho. Esa sola mención sería considerada un triunfo.

Derecho a la salud un imperativo ÉTICO, TRANSITAR DEL MALTRATO AL BUEN VIVIR.

SESION 4

Hospitalización psiquiátrica involuntaria.

1. BREVE DESCRIPCIÓN DEL TEMA ABORDADO EN LA SESIÓN.

Sesión 4. Se aborda el tema de "Hospitalización psiquiátrica involuntaria" en el marco de la Ley 21.331. Presentan los siguientes expositores:

Jorge Calderón: Médico especialista en Psiquiatría, Académico y Jefe del programa de formación del Psiquiatría de adulto de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Lorena Bruna: Jueza titular del Primer Juzgado de Familia de Santiago y Referente y Coordinadora de Centro de Medidas Cautelares.

Carolina Carvajal: Abogada, Jefa del área judicial y encargada del área de derechos humanos del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

Dr. Alejandro Castro, Cientista social, trabajador social, Dr. en sociología, y miembro de la sociedad de salud mental comunitaria de Chile

El primer expositor menciona, a modo de contexto, que el gran problema era que la legislación previa a la Ley de Salud Mental (LSM) daba poder casi absoluto a los incumbentes involucrados en las decisiones de privación de libertad de un sujeto vulnerable que padece un trastorno de salud mental. Además, la legislación se mantuvo sin variaciones importantes desde el año 1927, donde se publica el Reglamento General de Insanos que proporcionó una regulación más específica acerca del tratamiento de los pacientes, hasta el año 2000 donde se publica el decreto 570. Por otra parte, hace mención a los elementos fundamentales que debiese tener la Ley de Salud Mental, por ejemplo: definiciones sobre la libertad de la persona que sufre un trastorno de salud mental, confidencialidad, consentimiento válido (no solamente informado), voluntad al ingreso y proporción de tratamiento, entre otros. La Ley 21.331, en este sentido, regula la hospitalización involuntaria, pero se cuestiona si estos mecanismos son adecuados. Además, se confunde el término trastorno mental o discapacidad mental con discapacidad intelectual. Alude a que requiere una revisión en cuanto a regulación de varios elementos que se proponían como óptimos en una Ley de salud mental, como lo es el comité de ética, consentimiento, estándares de atención, entre otros.

La segunda expositora, menciona los diferentes artículos y decretos donde se encuentra dispersa la legislación en cuanto a salud mental. Hace énfasis en el propósito de la Ley que va de la mano con el deber del Estado de reconocer, proteger, promover y garantizar el goce de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual. Por otra parte, menciona que hasta entonces hay 12 solicitudes a nivel nacional en cuanto a hospitalización psiquiátrica involuntaria, muchas de las cuales no cumplen con los requisitos que se mencionan en el Art. 13 de la Ley 21. 331.

La tercera expositora, describe cómo la Ley influye en las Instituciones Psiquiátricas y la importancia de las Unidades de Hospitalización en el tratamiento intensivo de personas con enfermedad mental y la articulación en red.

En la última exposición se explican las limitaciones que tiene la Ley a partir de la nula participación de usuarios, a través de testimonios de estos mismos, donde se cuestiona el carácter terapéutico de la internación involuntaria.

2. ASPECTOS QUE EN LA LEY ES UN AVANCE EN EL TEMA ABORDADO

Exige un procedimiento detallado en el Art. 14 en cuanto a hospitalización psiquiátrica, definiendo diferentes circunstancias puntuales, como por ejemplo: prolongación de la hospitalización psiquiátrica tras 72 horas de inicio de la hospitalización; comunicación de los equipos tratantes de la utilización de medidas de contención física, mecánica farmacológica y de observación continua en sala individual para el manejo de ciertas conductas, entre otras.

La hospitalización debe llevarse a cabo en unidades especializadas para el tratamiento intensivo.

3. ASPECTOS QUE EN LA LEY SE OBSERVA UNA FALTA DE AVANCE (NO SE APROVECHÓ OPORTUNIDADES SUSTANCIALES DE MEJORA

La Ley 21.331 no tiene sistema recursivo y tampoco tienen preferencia en la corte de apelaciones.

Por otro lado, en el Art. 12, la Ley hace hincapié en la obligación del prestador de agotar todas las instancias que correspondan para resguardar el derecho de los pacientes de vivir de forma independiente, sin considerar un trabajo intersectorial.

4. ASPECTOS QUE SERÁN CLAVE EN EL DESARROLLO DE LOS REGLAMENTOS Y QUÉ PRECAUCIONES HABRÁ QUE TOMAR PARA ELLO.

La Ley requiere revisión sobre la regulación del comité de ética, interacción con el comité de protección de derechos de los pacientes, definición de representante, consentimiento, personas privadas de libertad y estándares de atención.

Necesita el acuerdo de diferentes estamentos que están involucrados, donde es imprescindible un acuerdo social amplio para que sea un proceso exitoso.

En el artículo 14 de la Ley, se establece que el juez de familia debe revisar los procedimientos para dar cuenta de la legalidad de ello, a través del artículo 13, donde se deben cumplir todos los requisitos de manera copulativa. En el caso de que no se cumpla uno de los requisitos, se debe cesar la hospitalización voluntaria.

Dentro de este mismo artículo, han surgido diferentes problemas: los informes no llegan en el plazo que se solicitan y también la exigencia de designar un abogado para la persona hospitalizada involuntariamente, previa a la realización de la primera audiencia, es un aspecto complejo a cumplir, debido a que los abogados que se disponen para brindar un servicio gratuito, no dan abasto para efectuar la representación. Incluso podría suceder que a causa de una recarga de casos que tenga el abogado designado, no asista a la audiencia,

lo que implicaría una afectación al derecho de libertad personal, el que además se ve perjudicado por la misma hospitalización involuntaria.

En el Artículo 21 se establece la comunicación al tribunal de familia y el uso de contención física o farmacológica durante la intervención.

5. ASPECTOS QUE LA LEY OMITE O DEJA EN VACÍO

Excluye de la definición de trastorno mental la discapacidad intelectual y TEA.

No incluye trastorno mental derivado del uso de sustancias.

No hace mención en cuanto a psiquiatría en el ámbito forense y médico legal.

No existe una norma expresa en cuanto a la voluntariedad de tratamiento en niños, niñas y adolescentes, dado que se otorga el poder a los tutores o padres, por lo que hay que ver la forma de respetar los derechos del niño y poder conjugar las normas en su favor.

La Ley no asume un rol activo en la organización de la Red asistencial. Tampoco incluye la visión de los usuarios, ni a miembros de la sociedad civil.

6. CONTRAPOSICIONES O CONTRADICCIONES EN EL CONTENIDO EN LA LEY Y CON OTRAS LEYES (INCONGRUENCIA JURÍDICA)

En el Artículo 16, sobre el alta posterior a la internación voluntaria, declara que se le ofrecerá a la persona continuar la hospitalización o el alta, sin embargo, esta decisión finalmente la tomará el equipo médico, lo que coarta la libertad y los derechos humanos. Por lo que la Ley es considerada antidemocrática por algunos expositores.

7. IMPLICANCIAS PARA LAS INSTITUCIONES

La Ley permite contar con un aval legal para proceder al cierre definitivo de las Unidades de larga estancia. Solo permite la internación de corta estadía (Art. 12). Por otra parte, se prohíbe la creación de establecimientos psiquiátricos asilares.

Existen implicancias para los grupos gremiales, como el Colegio Médico en lo que respecta a la distribución de los recursos médicos, en esta nueva ley.

8. OTRO ASPECTO RELEVANTE ABORDADO EN LA SESIÓN.

Es importante darle relevancia presupuestaria a las Unidades de hospitalización para el tratamiento intensivo de personas con enfermedad mental, ya que actualmente se encuentran en falencia y se pueden mejorar con la implementación de la Ley.

Se comentan las brechas entre los Institutos Psiquiátricos y la red hospitalaria y si esta Ley podría terminar con los institutos pediátricos o cuál podría ser su nuevo rol.

Se describe cómo las hospitalizaciones involuntarias en los Institutos Psiquiátricos tienen un fuerte componente socioeconómico.

Se relata la experiencia de la UCIP del Hospital pediátrico Exequiel González Cortés, y cómo esta funciona en red con el resto del Sistema de Salud.

También se aborda el ámbito de las adicciones y cómo esto afecta las internaciones involuntarias, en el modelo solo se utiliza cuando está en riesgo la vida de los pacientes, por lo que se buscan modelos que abordan el componente psicosocial.

Se comenta, en el marco de la perspectiva de derecho, si la libertad es el fin último o si es una condición mínima necesaria para que sea un tratamiento, una ayuda, un acompañamiento y se reflexiona en que la libertad es una condición en sí misma.

SESION 5

Derechos sexuales y reproductivos.

1. BREVE DESCRIPCION DEL TEMA ABORDADO EN LA SESION.

La sesión trató sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSyRR) en la ley 21.331. Se contó con la participación de:

Bielka Carvajal, matrona, magister en salud pública; Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Universidad de Chile.

Leonardo Zurita, miembro de AMORE, agrupación de monitores por la recuperación sicosocial de Osorno.

Claudia Santiago, médica especialista en ginecología y obstetricia, académica del primer curso ginecología con enfoque de género en la Universidad de Chile, miembro de la agrupación Ginecólogas Chile.

Moderadora: **Paula Soto**, Directora de la Dirección de Igualdad de Género y Departamento de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Tanto en las exposiciones como en el debate se señaló que, aunque la ley menciona el derecho a la dignidad de las personas, carece de normas que puedan hacer efectivos los DDSSyRR. En el debate con los asistentes a la sesión de Zoom Lorena, una experta por experiencia cuestionó no solo aspectos de la ley sino también a la organización de estos foros en los que no participan las personas con discapacidad mental, ni sus agrupaciones.

Se abordó la historia de los DDSSyRR: un primer hito sería el reconocimiento de los derechos humanos, incluido el derecho a planificar la propia familia en la "Conferencia Internacional de Población y Desarrollo" llevada a cabo en 1998 en el Cairo. Luego, un segundo hito sería el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo aprobado en 2013 en un encuentro organizado por la CEPAL y el gobierno de Uruguay que tubo por propósito dar seguimiento a la Conferencia de 1998 en el Cairo. En este se estableció la necesidad de que los estados garanticen el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como mecanismos para el ejercicio libre de los DDSSyRR con respeto a la orientación sexual.

A partir del reconocimiento de los DDSSyRR ha habido mayor cobertura de tratamientos anticonceptivos, disminución de las tasas de embarazo adolescente y de la mortalidad materna a nivel mundial, aún que siguen habiendo múltiples barreras para el acceso a técnicas de planificación familiar y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, en especial para mujeres, adolescentes, población LGTB+ y personas con discapacidad.

Los DDSSyRR se entienden como derechos fundamentales y su vulneración como algo de la misma gravedad que la vulneración de otros derechos humanos. Además, no son exigibles a cambio del cumplimiento de obligaciones.

Sin embargo, a diferencia de otros derechos fundamentales que constan en declaraciones, los DDSSyRR no se encuentran en un listado único, lo cual hace un tanto más complejo su

interpretación. En Chile estos se entienden como los que están contenidos en convenciones internacionales que el estado chileno ha ratificado, por ejemplo, la convención en contra de toda forma de discriminación contra la mujer.

En términos generales, se reconocen:

- Derecho a la libertad sexual
- Derechos a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo
- Derecho a la privacidad sexual
- Derecho a la equidad sexual (no discriminación)
- Derecho al placer sexual
- Derecho a la expresión sexual emocional
- Derecho a la libre asociación sexual
- Derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables

Aún cuando los DDSSyRR engloban dos tipos de derechos distintos (derechos sexuales y derechos reproductivos) se deben entender como cosas separadas de manera que, la sexualidad no puede ser entendida sólo con fines reproductivos.

Como conclusión de la sesión, se puede decir que la vulneración de los DDSSyRR no solo afecta a las personas con discapacidad, sino que a toda la sociedad chilena. Se plantea entonces, la necesidad de un cambio de paradigma promoviendo para ello, la educación en pos de un cambio del **mandato cultural** y se expresa el anhelo de que estos derechos tengan rango constitucional, considerado el actual proceso constituyente.

2. ASPECTOS QUE EN LA LEY ES UN AVANCE EN EL TEMA ABORDADO.

La ley 21.331 reconoce ciertos principios tales como la dignidad y la autonomía de las personas, el respeto a las decisiones personales, tender a la participación plena y efectiva, respeto al desarrollo de facultades y autonomía de niños, niñas y adolescentes, que son compatibles con el ejercicio de los DDSSyRR.

En el título II, artículo 9 la ley se establece que se debe garantizar que personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual sean reconocidas como sujetos de derecho y, más explícitamente que se les respeten sus DDSSyRR de manera amplia. También se establece el derecho a que se le garanticen condiciones de accesibilidad y a recibir apoyo y orientación para el ejercicio de estos derechos. Más específicamente, en el apartado 7 se establece el derecho a no ser esterilizado sin un consentimiento libre e informado y se prohíbe la esterilización de niños, niñas y adolescentes como medio de control de la fertilidad. Previo a la ley la norma técnica nº 71 normaba la esterilización de personas con enfermedad mental: se permitía la esterilización de personas sin posibilidad de consentir previo envío de los antecedentes al Comité de ética del Centro de Salud que, a su vez, debía enviarlos a un comité ad ok. Una vez que se contaba con el visto favorable de ambos comités, los antecedentes debían ser remitidos a la CONAPREM

La ley termina con la posibilidad de esterilización en personas sin posibilidad de consentir que se mantenía por medio de la norma técnica nº 71, lo cual es un avance por cuanto la esterilización forzada viola los derechos a la integridad y la autonomía corporal

Esos aspectos serían los únicos citados como avances, pero, a pesar de ser mencionados como positivos, sobre todo el artículo 9, apartado 7, que prohíbe las esterilizaciones, se

considera en general que la ley es insuficiente, tiene fallas en la redacción y carece de una protección real.

3. ASPECTOS QUE EN LA LEY SE OBSERVA UNA FALTA DE AVANCE (NO SE APROVECHÓ OPORTUNIDADES SUSTANCIALES DE MEJORA).

No se consideró la participación de quienes son los destinatarios de la ley, es decir, personas con enfermedad mental y/o con una condición de discapacidad de causa psíquica o cognitiva y sus familiares.

De este modo se ha perdido la oportunidad de comprender cuales son los desafíos que enfrentan las personas para ejercer sus DDSSyRR y de incluir temas que han sido planteados desde organizaciones que trabaja directamente con personas con enfermedades mentales y/o discapacidad de causa psíquica o intelectual. Entre estos destacan los presentados por la agrupación AMORE de Osorno: diversidad sexual, efectos de los medicamentos en el deseo sexual y embarazo, violencia sexual y de género.

Durante el debate se señala que, una vez más, la redacción de la ley se hace sin consultar a los verdaderos protagonistas y que se sigue reduciendo la sexualidad y la salud mental a un par de procedimientos ignorando las dimensiones que el tema abarca.

La ley no dice nada respecto de formación e información en DDSSyRR para las personas con enfermedad mental y/o discapacidad de causa psíquica o intelectual, ni para profesionales y trabajadores del área ni para la comunidad en su conjunto. Tampoco se pronuncia sobre formas de articulación de organizaciones sociales con la ciudadanía o con otros actores claves en el tema, tales como los equipos de salud.

Al prohibir la esterilización no consentida la ley sólo se refiere a derechos reproductivos de mujeres; esto porque en la práctica éstas han sido principalmente las destinatarias de estos procedimientos, pero no se refiere más claramente a los derechos sexuales en términos amplios.

Otro elemento que se pudo haber incorporado en la ley 21.331 dice relación con la asistencia personal que ayudaría al ejercicio de los DDSSyRR y las repercusiones positivas del ejercicio de estos derechos en la prevención o promoción de la salud mental.

En resumen, la ley no recoge lo señalado por la OMS, ni sus recomendaciones salvo por el artículo 9, apartado 7, que prohíbe las esterilizaciones forzadas en menores de edad.

4. ASPECTOS QUE SERÁN CLAVE EN EL DESARROLLO DE LOS REGLAMENTOS Y QUÉ PRECAUCIONES HABRÁ QUE TOMAR PARA ELLO.

Se debe zanjar cómo se interpretará la convivencia de la 21.331 con la ley 20.584: qué pasa en los casos en que, en concordancia con la ley 20.584 personas son esterilizadas sin su consentimiento durante el periodo en que la ley 21.331 está promulgada pero aún no cuanta con reglamento. También se debe establecer cuales serán las sanciones para quienes realicen o sean partícipes de esterilizaciones forzadas.

Un aspecto clave para el desarrollo de los reglamentos es definir cual será el procedimiento para que las personas puedan dar su consentimiento en caso de esterilizaciones. También se debería reglamentar la aplicación de procedimientos anticonceptivos reversibles en los casos en que no hay posibilidad de consentir: se deberían formular mecanismos de revisión de esta medida y plazos.

También el reglamento debería establecer mecanismos para difundir información sobre DDSSyRR en especial de personas con enfermedad mental y/o discapacidad de causa psíquica o cognitiva a fin de que estos no puedan ser desconocidos por la población en general y, en particular, por los profesionales de la salud y cuidadores. También debería establecer mecanismos para el apoyo en la toma de decisiones de personas con enfermedad mental y/o discapacidad de causa psíquica o cognitiva, así como para acudir a las instancias competentes en casos de vulneración de los DDSSyRR.

5. ASPECTOS QUE LA LEY OMITIÓ O DEJA EN VACÍO.

La esterilización en ningún caso protege de la violencia sexual, aún cuando uno de los principales argumentos para solicitarla es la prevención de las consecuencias de la violencia sexual. Por el contrario, la esterilización en personas que requieren de apoyo para consentir puede ocultar situaciones de violencia sexual. En este sentido, no se establecen mecanismos para que, cuando haya una solicitud de esterilización en personas con dificultades para dar su consentimiento se averigüen las razones y, de ser el caso, se investiguen sospechas de abuso sexual.

Como alternativa a la esterilización forzada se proponen tratamientos anticonceptivos reversibles, sin embargo, no se establece límite temporal a este tipo de tratamientos cuando no se cuenta con el consentimiento. De este modo se podrían dar situaciones de esterilización química permanente sin un consentimiento informado. Además, no se consideran otros aspectos a la hora de tomar la decisión de tratamiento anticonceptivo reversible sin consentimiento que pueden incidir en el riesgo real de embarazo, tales como deseo u orientación sexual, nivel de autonomía, etc. Esto es problemático ya que, la anticoncepción aún cuando sea reversible, puede ocultar situaciones de abuso sexual.

Se mantiene la tendencia a responsabilizar por el cuidado a la familia, como ente aislado, sin ofrecer apoyos a las mismas con lo cual se sobrecarga a cuidadores, generalmente mujeres. Además, no se establecen parámetros respecto de la idoneidad de representantes legales en los casos en que se deba recurrir a estos para la toma de decisiones.

No se hace mención respecto de

- Cómo la asistencia podría apoyar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos
- La promoción de una vida sexual plena como algo clave para la salud mental
- La prevención de eventos relacionado con la sexualidad que se pueden asociar a problemas de salud mental
- Reparación en los casos en que se han realizado esterilizaciones forzadas

Este último punto resulta especialmente problemático si se considera que Chile ha sido denunciado ante organismos internacionales por permitir esterilizaciones forzadas incluso en menores de edad, en tiempos recientes y es factible que esta sea una práctica que sigue ocurriendo.

Se mantienen mecanismos de control de la reproducción por sobre la propuesta de mecanismos para el pleno ejercicio de los DDSSyRR.

6. CONTRAPOSICIONES O CONTRADICCIONES EN EL CONTENIDO EN LA LEY Y CON OTRAS LEYES (INCONGRUENCIA JURÍDICA).

A pesar de que se prohíbe la esterilización forzada, no modifica la ley 20.584 que, en su artículo 24 establece que, en el caso de personas que no puedan manifestar su voluntad, tratamientos invasivos e irreversibles tales como la esterilización con fines contraceptivos, deberán contar con informe favorable del Comité de Ética del establecimiento.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de la cual Chile es parte por medio de su ratificación en julio de 2008, dice que las personas con discapacidad deben tener la oportunidad de participar activamente en los procesos de adopción de sediciones sobre políticas y programas incluidos los que les afectan directamente.

La ratificación por parte del Estado de Chile obliga al cumplimiento de lo que se dispone en el tratado: De este modo la falta de participación de personas con discapacidad de causa psíquica y/o intelectual en la formulación de la ley 31.331 implicaría un incumplimiento de las obligaciones emanadas de la ratificación de la Convención.

Además, el Comité de la Convención el año 2010 hizo una serie de recomendaciones al estado de Chile en la materia, tales como derogar las disposiciones discriminatorias que se mantienen para el matrimonio de personas con discapacidad, e instaurar un mecanismo de revisión para el re- establecimiento de la custodia de los hijos a las mujeres con discapacidad a quienes se les ha privado con motivo de la discapacidad", nada de lo cual es considerado en la ley 21.331

Todo lo anterior, sin embargo, se relaciona con la ausencia de normas respecto a educación sexual integral, a lo cual se han opuesto sectores más conservadores al negarse a legislar en la materia.

7. IMPLICANCIAS PARA LAS INSTITUCIONES.

Los programas y servicios de salud mental deben incorporar los DDSSyRR en su quehacer, es decir, abordar el tema de la sexualidad como un aspecto fundamental en los planes de intervención y en co-construcción con los destinatarios de esos planes. Para ello es importante que profesionales y trabajadores del área tengan conocimientos en el tema, para lo cual se deberían desarrollar instancias de formación que consideren la perspectiva de Derechos Humanos, los DDSSyRR como parte de estos, así como otros cuerpos legales tales como la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad y la ley 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad y autoriza la entrega de métodos anticonceptivos a la población, entre ellos, los de emergencia ("Píldora del día después") en el sistema público de salud. Respecto de esto última, todo trabajador del área debería alinearse con lo que establece la citada ley: toda persona, independiente de su edad, orientación sexual o condición de salud que lo solicite debe tener acceso a consejería integral en temas de salud sexual y reproductiva y a elegir libremente métodos de contracepción, con respeto a la privacidad.

Además, el sistema de salud debería establecer mecanismos de coordinación entre los servicios de Salud Mental y los servicios de Salud Sexual y Reproductiva a fin de hacer efectiva la asistencia para el ejercicio de los DDSSyRR de personas con enfermedad mental y/o discapacidad de causa psíquica o cognitiva.

8. OTRO ASPECTO RELEVANTE ABORDADO EN LA SESION.

Se considera problemático para los estados poder garantizar los DDSSyRR debido a que la sexualidad, en nuestra cultura, se relaciona a temas morales, lo cual está arraigado en

la herencia judío-cristiana. Por ello, es necesario un cambio en el mandato cultural, del cual los estados deben hacerse parte. Esto, porque históricamente el estado ha sido parte de procesos culturales que tienden a ligar la sexualidad con la reproducción y a la apropiación de los cuerpos de las mujeres, por ejemplo, al limitar o restringir la esterilización de mujeres jóvenes y sanas, al mismo tiempo que se esteriliza a mujeres con problemas de salud. En este sentido, es necesario tener presente que, aún cuando la ley 21.331 dice personas, cuando aborda la esterilización y los tratamientos anticonceptivos reversibles que se administran sin el consentimiento libre e informado, en la práctica se trata principalmente de mujeres: los hombres no suelen ser sometidos a estos procedimientos.

Además de los aspectos culturales antes señalados, existen ciertos mandatos que restringen la vida sexual plena de ciertos grupos; hay ciertos cuerpos que tendrían este derecho (jóvenes, sanos, lindos, entre otros estereotipos) y otros que no. Por ello resulta fundamental una legislación respecto a la educación sexual que incorpore los DDSSyRR, así como el enfoque de género, en especial en la formación de profesionales que luego se desempeñarán en salud.

La preocupación por los DDSSyRR cobra relevancia en tanto Chile ha sido denunciado en cortes internacionales por esterilización forzada realizadas en tiempos recientes. Estas prácticas, desde una perspectiva de género, vulnera los DDSSyRR especialmente de mujeres y niñas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.

El proceso constituyente actualmente en curso se considera una oportunidad para dar rango constitucional a los DDSSyRR.

SESION 6

Acceso a la atención integral de salud mental.

1. BREVE DESCRIPCIÓN DEL TEMA ABORDADO EN LA SESIÓN.

Se discute en torno al acceso a la atención integral de salud mental y las posibilidades y desafíos que presenta la promulgación de la Ley 21.331. Los expositores invitados, fueron los siguientes:

- **Dr. Carlos Ibañez:** Médico Psiquiatra, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile), impulsor de la red "Salud Mental es Salud" que aboga por la paridad en el acceso a la atención en salud mental.
- **Gonzalo Leyton:** Economista, académico en salud mental y psiquiátrica comunitaria de la Escuela de Salud pública de la Universidad de Chile y subjefe de estudios de la Superintendencia de Salud.
- **Marcelo Sanhueza:** Sociólogo académico artista visual, impulsor de grupos de apoyo mutuo y autor del libro "Teoría de la Locura".
- **Dr. Álvaro Aravena.** Médico psiquiatra académico de la Escuela de posgrado de la Universidad Santiago de Chile (USACH). Vicepresidente de la Sociedad de Salud Mental Comunitaria de Chile (SOSAMCHI), ex-jefe del Departamento de Salud Mental del Servicio de Salud de Aconcagua y además ex-director del Centro Comunitario de Salud Mental- COSAM.

Moderadora: Alemka Tomicic, psicóloga, Doctora en psicología, Directora Escuela de psicología, Universidad Diego Portales.

Las principales temáticas abordadas fueron las siguientes:

1. *Financiamiento:* Urgente necesidad de aumento del financiamiento y cobertura en salud mental, tanto en el sistema privado como público. Se describen aspectos tales como: el significativo y problemático gasto de bolsillo en Chile; la escasa cobertura de las licencias por razones de salud mental (Subsidio por Incapacidad Laboral); la necesidad de paridad en la cobertura y la recomendación internacional de orientar los sistemas de financiamiento hacia la mancomunación, entre otros.
2. *Participación usuarios:* Se destaca el avance que significa la ley respecto a la participación y empoderamiento de los usuarios/as. Esto, tanto en la definición de sus propios tratamientos como en la incorporación de expertos por experiencia en los dispositivos de salud en sus distintos niveles (para lo que se sugiere debiese considerarse una remuneración y un trato horizontal con los demás integrantes de los equipos de salud).
3. *Niveles de atención y desinstitucionalización:* Se presenta la desinstitucionalización como un problema social complejo que involucra cambios políticos y socioculturales. Se enfatiza la idea de dejar atrás modelos psiquiátricos monovalentes, y avanzar hacia modelos equilibrados con los tres niveles de atención fortalecidos. A su vez se sugieren algunas precauciones que debieran tener los servicios de internación para casos agudos.

4. *Prevención y la promoción en salud mental:* Se señala la importancia de pensar la atención integral incluyendo estrategias de prevención y promoción. Se discuten los obstáculos que presenta el modelo actual, enfocado en lo curativo, tanto en lo público como en lo privado.
5. *Criminalización y salud mental:* Reflexiones en torno a la criminalización de patologías de salud mental, vinculado a esto se discute la ley penal adolescente, el consumo problemático en la niñez y la concentración del presupuesto de salud mental para esta población en el Ministerio de Seguridad, así como el alto porcentaje de trastornos mentales que se encuentra en instituciones carcelarias. Respecto a esto último se señala que, si no existen otros apoyos para que las personas desinstitucionalizadas puedan vivir en comunidad, es muy probable que terminen en la cárcel.

Se valoran las posibilidades de avance que la ley significaría, pero se muestra preocupación respecto a sus reales posibilidades de implementación tanto en términos la capacidad del país para sostener la inversión que implica el cambio de modelo señalado en ley, así como las barreras que se encuentran en los paradigmas socioculturales que dificultan avanzar hacia modelos de atención integrales. A esto se suma la complejidad del contexto chileno actual, considerando entre otros aspectos, los elevados índices de problemas asociados a la pobreza, a la desigualdad y a la salud mental producto de la pandemia. Se reconoce su vinculación, en términos de un círculo vicioso, al considerar la evidencia de los determinantes sociales en la salud mental.

2. ASPECTOS QUE EN LA LEY ES UN AVANCE EN EL TEMA ABORDADO

En primer lugar, se menciona que “el gran derecho vulnerado de la población con trastornos de salud mental es el acceso a una atención clínica oportuna y de alta calidad en todos los niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria)”, respecto a lo cual la Ley 21.331 hace mención la necesidad de asegurar este derecho en artículos 5, 9 y 20. Sin embargo, para que esto se traduzca en un cambio real, los expositores señalan que es imprescindible un aumento del presupuesto, en línea con el principio de mancomunación (ver Notas), para cubrir las brechas en salud mental. A su vez, indican que este aumento debiese ser gradual y realizado de manera responsable, asegurando la capacidad de invertir recursos eficientemente, es decir, como una transición que considere la precaución financiera del sistema no solo de los seguros. Al respecto, otros expositores, pese a considerar relevantes los temas de financiamiento y de cobertura, consideran que es importante vincular esto con la pregunta sobre el “ethos” que estamos construyendo como sociedad para que haya espacio para la diferencia, como lo son las personas en situación de discapacidad con diagnóstico psiquiátrico, “los marginados de los marginados”.

En segundo lugar, y en línea con la anterior preocupación señalada, un par experto por experiencia enfatiza dos elementos en que la ley es un avance: (1) incorporación de expertos por experiencia en dispositivos de salud mental (señalado en el Artículo 5, párr. 2 de la Ley 21.331); y (2) el fomento y fortalecimiento de los grupos de apoyo mutuo, lo que favorecerían el empoderamiento, validación y legitimación de estos sectores de la población. A su vez, en estos grupos apoyo mutuo se reforzaría la autonomía, y establecimiento de relaciones horizontales, alejándose del “paternalismo de la atención psiquiátrica”.

De manera similar, uno de los expositores psiquiatras comparte reflexiones que SOSAMCHI ha sostenido en torno al tema del foro. Específicamente, destaca el artículo 5, 12 y 26, donde se promueve la interdisciplinariedad, la incorporación de expertos por experiencia,

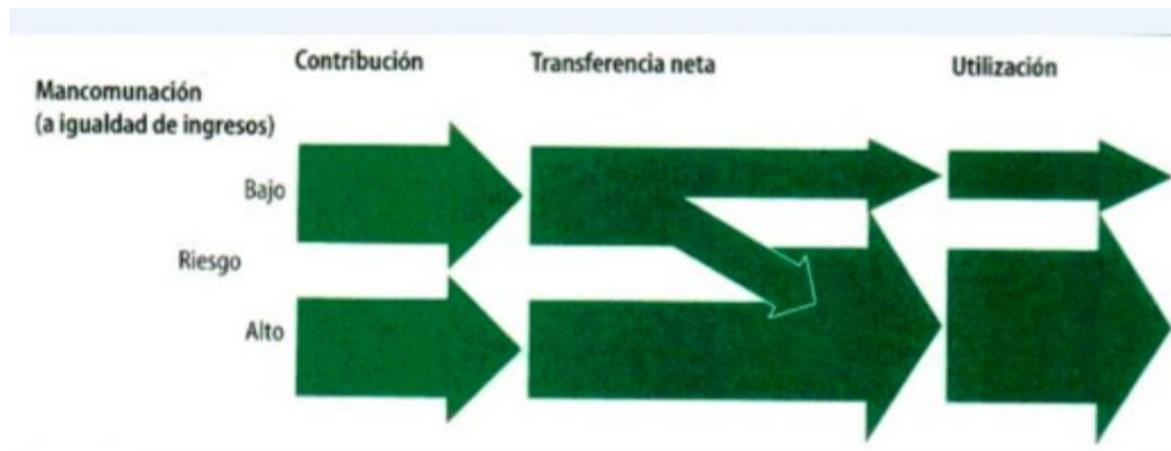
la recuperación orientada a la inclusión en la comunidad y el desarrollo de una vida independiente, y destaca el aporte del artículo 26 donde se señala la prohibición de nuevos establecimientos psiquiátricos, asilares o de atención segregada en salud mental la prohibición de abrir nuevas instituciones psiquiátricas asilares. En ese sentido, es clave que la ley reconozca la hospitalización como un lugar de "tránsito excepcional". Todos estos serían elementos valorados para lo que se entiende como un proceso de Recuperación. Se observa entonces, un avance en lo que refiere al proceso de desinstitucionalización. Sin embargo, es fundamental considerar que desinstitucionalización no es lo mismo que externalización necesariamente, y que este proceso debe pensarse en términos más amplios, incluyendo la preocupación por la "psiquiatrización de la vida" y el riesgo de transformar las formas de asistencia en la comunidad en nuevas formas de control de la vida en comunidad.

Finalmente, se señala que hablar de atención integral en salud mental implica que diversos sectores e instituciones se involucren, y en ese sentido la ley es un importante avance.

NOTAS

Mancomunación

Este concepto refiere a que una adecuada cobertura financiera no puede depender exclusivamente de la capacidad financiera de cada de los beneficiarios/as. Por lo tanto, en un sistema orientado hacia la mancomunación, una persona de bajo riesgo sanitario contribuye igual que una persona de alto riesgo sanitario, pero hay una transferencia neta del que tiene bajo riesgo ("porque va usar poco") al que tiene mayor riesgo. De esta forma, dos personas que tienen igual ingreso aportan igual, pero usan el sistema distinto porque tienen necesidades distintas. Para allá es donde va el mundo hoy día en todas las reformas de salud. No es solo mirar la capacidad financiera de los beneficiarios sino del grupo total, y eso se llama mancomunación.



3. ASPECTOS QUE EN LA LEY SE OBSERVA UNA FALTA DE AVANCE

La atención de salud mental es un derecho humano fundamental, reconocido por el "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" de la Organización de

Naciones Unidas - ONU y recientemente en nuestro país con la Ley N° 21.331. Por lo tanto, estas son dos normativas que deberían armonizarse.

Por su parte, en la sesión no se mencionan aspectos que signifiquen un retroceso en lo referente a derechos en salud mental. Sin embargo, se presentan algunos reparos:

- La ley se muestra orientada hacia la enfermedad y discapacidad, no hacia la salud mental como un fenómeno social complejo
- Tensiona hacia modelos de recuperación y enuncia la inclusión y la participación sin asignar recursos.
- Apunta hacia el modelo integral pero también permite que el modelo asilar siga existiendo.

4. ASPECTOS QUE SERÁ CLAVE LA FORMA EN QUE SE ABORDEN EN LOS REGLAMENTOS Y QUÉ PRECAUCIONES HABRÁ QUE TOMAR PARA ELLO

Los aspectos abordados se pueden englobar en dos grandes temáticas:

1. Aumento del presupuesto en salud mental: Uno de los expositores (economista), destaca que, para la estabilidad financiera del sistema, la clave es el diseño de la transición. Actualmente se aprecia que en principio la aplicabilidad práctica de la norma va hacia la cobertura de carátula más que a la efectiva, la que depende, entre otros elementos, del correcto uso del plan por parte de los beneficiarios. Por lo tanto, hay que ponerles especial atención a los topes, sobre todo en el sistema privado. Respecto a la no discriminación de cobertura, es necesario definir con cuáles otras enfermedades se van a comparar para determinar la no discriminación, porque la cobertura de las consultas médicas de especialidad varía entre 44% y 71%. De manera similar, respecto a la tasa de aceptación de las licencias médicas, es necesario especificar con cuáles otras enfermedades se compara para asegurar la paridad, considerando que las tasas de rechazo de otros grupos de diagnóstico varían entre 1% y 16%. A su vez, es necesario especificar en qué parte del proceso de tramitación de la licencia se medirá la tasa de aceptación (por ejemplo, 1ª instancia, Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez- COMPIN, Superintendencia de Seguridad Social-SUSESO). Es importante considerar que la temporalidad es crucial pensando en el beneficio (de salud mental y monetario) de los cotizantes. A esto se suma la importancia del proceso de fiscalización del que está a cargo la Superintendencia de Salud.

2. Servicios integrados e inclusión en la comunidad: Importante considerar en las "formas de asistencia", acciones que ayuden a las personas a reconstruir los lazos de su vida en comunidad, para que participen y ejerzan sus derechos ciudadanos. De esta manera, lo relevante del Modelo de atención integral en salud es ver cómo todas las partes interaccionan. Por lo tanto, "prevención, promoción y rehabilitación" deben estar integrados transversalmente en los sistemas sanitarios, con distintas intensidades atendiendo la complejidad que enfrentan (ver Notas). A su vez, indica que será necesario transitar hacia lo transdisciplinario (v/s interdisciplinar) utilizando modelos de complejidad que nos permitan transformar la forma en cómo entendemos la enfermedad y nuevas formas de apoyo que consideren el contexto social mayor y designen objetivos macrosociales. Se aclara que la necesidad de fortalecer la atención primaria y secundaria ("des-institucionalizar") no es homologable a "cerrar camas". Sin embargo, es problemático que

el aumento de camas se entienda como "integralidad de la atención"; que se le asignen más recursos que a los otros niveles, y que sean asilos y no servicios en hospitales generales lo que podría afectar los roles que asumen los usuarios después de la hospitalización. Al respecto, un expositor usuario experto por experiencia coincide en que hay personas que sí requieren internación, pero agrega que estos contextos debiesen considerar: (1) supervisión externa a la hospitalización psiquiátrica (2) cámaras sin puntos ciegos (donde puede suceder suicidios) y (3) vigilancia a las personas que trabajan ahí (por ejemplo, prevención de abusos sexuales).

NOTAS

Complejidad asistencial versus gravedad psicopatología: Resulta importante comprender las diferencias entre el concepto de complejidad asistencial y la gravedad psicopatológica. Para el Dr. Aravena la complejidad es mayor en la atención primaria y secundaria, donde hay que dar continuidad a los cuidados, trabajar sobre los determinantes sociales, etc. Mientras que los centros de hospitalización serían lugares altamente estructurados, por periodos puntuales de tiempo durante una crisis vital en donde se manejan dimensiones acotadas. Por lo tanto, los recursos de capacidad tecnológica y de respuesta deben estar puestos en la atención primaria, y niveles secundarios. La ley así lo reconoce, "la hospitalización es un lugar de paso/tránsito excepcional".

Cobertura de carátula y la cobertura efectiva: En el mundo privado la cobertura de carátula es lo que dice el plan de salud. Por su parte, la cobertura efectiva depende del uso que le dan las personas al plan de salud (depende los topes, de los aranceles, etc.). Entonces, por lo general las prestaciones vinculadas a salud mental típicamente exhiben sustanciales restricciones de cobertura financiera vía topes anuales o por evento en los planes de salud. Por ejemplo, la salud mental por lo general aparece en los planes de salud dentro de las "coberturas restringidas" por lo que opera son los topes descritos en el artículo 190 del DFL 1 (2005). Esto vuelve relevante el análisis del arancel FONASA para el análisis de cobertura del sector privado. Para este análisis es necesario diferenciar 2 fenómenos: GES y el resto:

- Respecto al GES, la cobertura efectiva promedio de los problemas, de los cuatro de salud mental incluidos, asciende a 95,7% (en términos de cobertura efectiva)
- Respecto a lo no GES, se observa una baja cobertura financiera hospitalaria (cerca al 40%) y ambulatoria (cerca al 30%).
- El punto, por lo tanto, se encuentra en los problemas de salud mental que no se encuentran incluidos en el GES. Al establecerse una cobertura restringida para las prestaciones de salud mental, en la mayoría de las veces, se activa la cobertura mínima legal toda vez que se agotan los montos máximos de bonificación para prestaciones determinadas o se extingue el tope general por beneficiario para el contrato en el año.

5. ASPECTOS QUE LA LEY OMITE O DEJA EN VACÍO

Algunos aspectos sobre los cuales la ley no se pronuncia abordados en la sesión son los siguientes:

- ¿Esta ley se aplicará a los planes de salud vigentes o solo a los nuevos planes que se van a comercializar?

- No queda totalmente claro si la aplicabilidad práctica de la norma se refiere a la cobertura de carátula o la efectiva.
- No es clara respecto a la “terminar con los hospitales psiquiátricos en el país”.

6. CONTRAPOSICIONES O CONTRADICCIONES EN EL CONTENIDO EN LA LEY Y CON OTRAS LEYES (INCONGRUENCIA JURÍDICA)

No se refieren contraposiciones o contradicciones en el contenido de la ley y con otras leyes.

7. IMPLICANCIAS PARA LAS INSTITUCIONES

Para el Sector Público reducir las brechas de atención en todos los niveles de atención requiere de un aumento del presupuesto de Salud Mental, como ya se ha mencionado en el Plan Nacional de Salud Mental, que significa aumentar desde el 2% hasta el 6% del presupuesto de Salud. En el caso del sistema público estas brechas están identificadas en el Plan de Acción 2019-2025 (ver Notas), esto en lo que refiere tanto a nivel de atención secundaria, ambulatoria como hospitales de día y camas psiquiátricas agudas (hospitalización de corta estadía en hospitales generales). Por su parte, para el Sector Privado significa equiparar las coberturas de tratamientos de salud mental con las coberturas de los tratamientos de otros problemas de salud. Actualmente corresponde aproximadamente la mitad en intervenciones y prestaciones, junto con muchas otras restricciones en números y tipos de presentaciones que no se están entregando en el sistema privado. Al respecto, la Superintendencia de Salud planteó una exigencia a las ISAPRES para que en los nuevos planes de salud la cobertura de las prestaciones de salud mental tengan el mismo nivel de cobertura que el resto de las enfermedades. Dejando pendiente la ampliación de esta exigencia a todo el resto de los planes que permita la estabilidad financiera del sistema, que sea realista y que se proyecte en el largo plazo. En esta línea, se señala que es importante considerar como efectos colaterales, el probable aumento en el nivel del precio de los nuevos planes en comercialización y el aumento del Índice de Referencia de Costos de la Salud - IRCSA (afecta a planes antiguos) por aumento del Índice de Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral- IGSi dado el cambio en la tasa de aceptación.

A su vez, en el debate se relevó la importancia de orientar acciones hacia el cambio de sistema de financiamiento, así como al cambio socio cultural. Esto se observa, por ejemplo, en lo que refiere a la prevención y promoción. Se discute cuánto costaría incorporar este nuevo cambio cultural hacia la promoción y prevención, tanto en los equipos como a nivel de sociedad. Actualmente ni siquiera se conoce el monto actual que se destina a prevención (tanto mundo privado como público). A su vez, los sistemas actuales de financiamiento, y particularmente los sistemas de pago, serían contrarios a este modelo. En el sistema privado el sistema de pago por servicio (“fee for service”) es lo contrario a la prevención, no genera incentivo a la inversión en prevención y promoción. En esta línea, se retoma la importancia de pensar un cambio bi-direccional, es decir pensar que el cambio socio-cultural requiere un cambio de sistema completo que lo posibilite. En ese sentido, no puede separarse los equipos de salud de los ambientes en los que están insertos, de los rendimientos que tienen que tener y de las metas que tienen que cumplir en los distintos niveles de atención. Al respecto, se apunta a la importancia de la investigación porque es lo que genera validación para cambiar las “estructuras mentales” y que entonces pueda cambiar el sistema. En particular, un usuario por experiencia sugiere el avance de una

“neurociencia fenomenológica” que tome la historia de vida, en línea de lo propuesto por Jaspers.

NOTAS

Brechas están identificadas en el Plan de Acción 2019-2025 (Presentación del Dr. Ibáñez)

Centros de Salud Mental Comunitarios	261	100	161
Nº camas Adulto en UHCIP	1525	960	565
Nº camas Infanto-Adolescente en UHCIP	375	188	187
Hospital de día Adulto	155	48	107
Hospital de día Infanto adolescente	85	12	73
Hogares protegidos	405	135	270
Centros de apoyo comunitario para personas con demencia	29	10	19

8. OTRO ASPECTO ABORDADO EN LA SESIÓN

En primer lugar, otros aspectos abordados en la sesión incluyen la historia de la institucionalización y desinstitucionalización dando cuenta que siempre ha estado en tensión lo que tiene que ver con el tratamiento médico y psicológico versus la defensa y control social de lo “peligroso e impredecible”. En esta línea, se debate respecto a la preocupación de otros expositores por el financiamiento, cuestionando si este finalmente irá dirigido a más dispositivos asilares, ignorando la evidencia que señala que “estas instituciones no tan solo no curan, sino que pueden enfermar más aún”, puesto que bajo condiciones empobrecidas y de control “la biografía del sujeto se empieza a reestructurar de acuerdo a la enfermedad”. Esto es lo que Goffman habría denominado “di-culturización”, señalando que adaptarse a la vida asilar hace que la persona pierda la capacidad de vivir en comunidad. A su vez, este tipo de instituciones profundizaron el problema del etiquetado y el consiguiente estigma, y autoestigma, en donde la persona con un diagnóstico asume el rol de enfermo permanentemente. En ese sentido, el expositor llama a “poner la enfermedad entre paréntesis”, tomando una posición fenomenológica, que se centre en la vida del sujeto, y donde la libertad se entienda como terapéutica, es decir, no como un fin, sino que un medio en sí mismo para que las personas se recuperen. Desde esta perspectiva, la “crisis” no debe entenderse como una “crisis de camas”, sino “de un lugar en la comunidad”. Es decir, aumentar los recursos en salud mental implicaría también pensar como sociedad en la generación y fortalecimiento de espacios para que las personas que son diferentes participen con sus diferencias en la sociedad.

A su vez, la desinstitucionalización es un problema social complejo, que va más allá de los servicios asistenciales, vinculado con cambios teóricos-conceptuales importantes de lo que entendemos por sufrimientos psíquico, cambios políticos y socioculturales que cuestionen

como nosotros aceptamos y vivimos con la diferencia. Al respecto, se indica que la comprensión de los modelos de salud mental antes de la ley Chile estaba entre lo custodial y lo clínico biológico, tanto en lo asistencial, como en teórico conceptual, sociocultural y político. Luego, con la instauración de la ley esto quedó disgregado, en lo socio cultural Chile sigue teniendo un modelo custodial, en lo asistencial estamos en lo clínico-biológicos avanzando hacia la rehabilitación, y en lo teórico-conceptual estamos más cerca de los conceptos de rehabilitación.

En segundo lugar, se profundizó en el problema de acceso y cobertura en Chile. El acceso a tratamiento en Chile está muy limitado, y son muchas las personas en Chile que sufren de algún trastorno de salud mental, lo que significa, sufrimiento y discapacidad (Whiteford HA, 2013), mortalidad prematura (Liu NH, 2017), estigma y discriminación (Thornicroft G., 2009), empobrecimiento (Lund C., 2010) y sobrecarga para las familias (Carbonell A. et al. 2020), entre otros. Por lo tanto, las personas con problemas de salud a las que se le impide el acceso a la atención adecuada - como resultado de barreras económicas o discriminación- sufren una violación del derecho a la salud. Esto, pese a que el acceso a la atención de salud mental es un derecho humano fundamental, reconocido por el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” de la ONU y recientemente en nuestro país con la Ley N° 21.331. Al respecto, el Dr. Ibáñez señala evidencia que da cuenta que sólo el 18,7% de las personas con depresión mayor durante el último año ha recibido algún tipo de tratamiento (Encuesta Nacional de Salud, 2017); más de la mitad de las personas con trastornos bipolares y casi la mitad de aquellos que sufren de depresión mayor no han sido tratados (Vicente B., 2016); se han reducido en un 42% las atenciones del programa de salud mental producto de la pandemia (DEIS, 2020); 31,5% del gasto en salud es gasto de bolsillo (según OMS debiese estar por debajo del 15–20%). A su vez, se exponen las altas prevalencias: 22,2% de los adultos y el 22,5% de los niños y adolescentes en nuestro país sufre de algún Trastorno de Salud Mental durante el último año (Vicente B. et al 2006, Vicente B. et al 2012). Han aumentado significativamente durante la pandemia (PUC-ACHS 2021) (Larraguibel, 2021) (HEROES 2020). Para Chile, los trastornos depresivos están entre las 6 causas principales de muerte y discapacidad (años de vida ajustados por discapacidad, AVAD). Del total de AVAD, el 21% se debe a trastornos mentales y neurológicos.

En tercer lugar, pese a la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental se debe considerar que las consecuencias sanitarias y económicas por trastornos mentales son amplias. Dada la naturaleza crónica de la enfermedad, esto se traduce en un importante impacto económico en todo el mundo (presente y futuro). Se prevé que en los próximos diez años la depresión supondrá una carga mayor para las naciones que cualquier otra enfermedad. Con frecuencia, los trastornos mentales hunden a las personas y a las familias en la pobreza. Sin embargo, los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales. El gasto total del gobierno en salud mental es bajo a nivel mundial (menos del 2%) y en Chile (2,06%). El gasto es reflejo de la prioridad otorgada al tema al interior del sistema. A su vez, la pandemia ha interrumpido/detenido los servicios críticos de salud mental en el 93% de los países del mundo, mientras que la demanda de salud mental está aumentando (OMS).

Este es un problema poco estudiado en Chile. Específicamente en lo que refiere a la cobertura financiera en salud mental. Sin embargo, la evidencia ha señalado que el financiamiento de los sistemas de salud es central, ya que la capacidad de pago no debe ser una barrera para el acceso de las personas a los servicios del sistema de salud. Por lo

tanto, la principal función de todo sistema de salud debe ser otorgar/asegurar acceso a su población, sin que ese acceso implique una catástrofe económica¹. En ese sentido, un sistema de financiamiento adecuado es la herramienta que determina si las personas pueden hacer uso de los sistemas de atención de salud cuando los necesitan. Al respecto, la OMS-OPS plantea la meta de cobertura universal, la que también forma parte de los ODS de la ONU y del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 de Chile. En este contexto, el gasto en salud como proporción respecto del PIB en el mundo ha pasado de 3% en 1948 al 9,9% en 2018. Sin embargo, en 2020, Chile alcanza 9,4%, mientras el promedio OCDE es de un 9,2%. Es decir, desde el 2016, Chile superó al promedio de la OCDE. Por lo tanto, este consistente aumento del gasto en salud ha estado costado por "gastos de bolsillo". Según datos recientes de la OCDE en Chile casi un 15% de la población está gastando por encima de un 10% y además hay un porcentaje cercano al 3% que está gastando sobre un 25% (situándose en el top 3). Por su parte, respecto a la población que está sumida en la pobreza dado el gasto de bolsillo en salud, Chile también está en el tercer lugar, específicamente el 2,6% de la población en Chile está sumida en pobreza debido al gasto de bolsillo que tiene que hacer para acceder al sistema de salud. Esto está directamente ligado con la falta de cobertura, y con un inadecuado sistema de financiamiento en salud. Por lo tanto, uno de los objetivos para Chile, es disminuir su alto nivel de gasto de bolsillo en salud como fuente de financiamiento. Esto es relevante, porque el gasto de bolsillo en salud es el que más impacto tiene en el presupuesto del hogar (potencial evento catastrófico), es parte integral de la decisión de buscar atención de salud y es la fuente de financiamiento más inequitativa y menos eficiente.

En el sector privado, las consultas médicas de especialidad en salud mental son las que alcanzan los porcentajes más altos de copago (74% de mayor copago (gasto de bolsillo) en consultas médicas de salud mental), al comprarlas con otros tipos de especialidad. Esto ocurre de forma similar para el caso de los días cama, donde el 183% de mayor copago (gasto de bolsillo) en días camas corresponde a servicios de salud mental.

A su vez, al analizar los valores del arancel Fonasa Modalidad Libre Elección-MLE relativo a prestaciones relevantes de salud mental, se aprecian diferencias considerables respecto de los montos facturados promedio observados para el sistema privado. Por ejemplo, se puede observar que la diferencia entre los montos facturados por prestadores privados puede llegar a ser 35 veces el arancel FONASA. Estas diferencias tienen implicaciones directas sobre la cobertura efectiva y por tanto sobre el gasto de bolsillo.

En cuarto lugar, se enfatiza el tema del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), el que para Chile y la salud mental es un tema particularmente relevante. Esto considerando que la salud mental ocupa el primer lugar con un total de M\$137.199.896 (21% del total) del gasto en SIL; y que este aparece como un fenómeno de rápido crecimiento en el tiempo. Al respecto, la evidencia actual muestra que las licencias médicas vinculadas a salud mental concentran el 56% de las licencias, pero a su vez también el 62% de los días rechazados. De esta forma, ocupan el primer lugar de licencias tramitadas (20% del total), el primer lugar en días otorgados (32% del total), pero el tercer lugar en licencias autorizadas (15% del total). Por lo tanto, es muy importante poner atención a las licencias médicas porque están muy disparadas.

Finalmente, se describe la complejidad del contexto chileno. En el 2020 la tasa de pobreza total es de 10,8% (en la RM alcanzó los niveles de 2013); la pobreza extrema se duplicó

¹ Refiere a cuando el gasto en salud de bolsillo supera el 30% de la capacidad de pago del hogar).

respecto a 2017 y alcanzó niveles de 2013; el coeficiente de Gini aumentó y es mayor a los niveles de 2006. Desde los determinantes sociales de la salud, el deterioro de las condiciones económicas de los hogares podría establecer un círculo vicioso de pobreza y mal estado de salud en el caso de amplios sectores de la población (efectos se verán a largo plazo). Pese a esto, actualmente los beneficiarios que usan prestaciones de salud mental enfrentan bajas coberturas efectivas (excepto GES), es decir, altos niveles de gasto de bolsillo. La presente ley soslaya dicha situación (en línea con lo que propone la OMS). No obstante, para lograr su propósito es clave el diseño del Reglamento de la misma que considere una adecuada transición. Se debe prestar especial atención al desarrollo del tema de licencias médicas (LM) y SIL. Lo que señala la ley, respecto a la mayor cobertura como a la tasa de aceptación de LM afectan este gasto.

Finalmente, en la sesión se refiere a la importancia de continuar escuchando, observando y facilitando la discusión protagonizada por las personas usuarias de los servicios de salud mental, continuar diversificando las acciones respondiendo a requerimientos y perfiles de la población usuaria y revisando internamente prácticas recogiendo las experiencias de las personas usuarias y llevándolas a niveles de gestión, dirección y política pública.

Comentarios AGORA:

- Es uno de los principales pilares para el manejo de la salud mental
- No resuelve las falencias de la operativa de la red. Falta la figura del Gestor de casos.
- Sugiero incluir en la construcción la perspectiva antropológica y otras posibilidades integrativas (tres veces)
- Como país estamos al debe, todos hemos vivido episodios en los cuales las organizaciones del Estado han violentado nuestro acceso a una salud donde se priorice nuestra salud. Como ciudadanos no tenemos acceso a una salud digna a pesar de que se nos descuenta y pagamos, se debe priorizar el grupo etario y se debe realizar lineamientos acordes a una atención que realice cruces. Lo digo por experiencia, se ve también en los territorios rurales, postas rurales donde muchas veces los recursos no llegan.
- Se hace necesario indispensable que todas las personas tengan una atención integrada y en particular generar espacios de articulación donde las organizaciones y sociedad civil establezca una atención de salud en atención primaria que vele para un control rutinario una vez al año, y la vez toda persona sea pesquisada.

SESION 7

Ejercicio de derechos ciudadanos.

1. BREVE DESCRIPCION DEL TEMA ABORDADO EN LA SESION.

El objetivo de la presente sesión refiere a analizar el ejercicio de los derechos ciudadanos en la ley 21.331, tópico que se desarrolla desde la experiencia y trayectoria de cada una de las personas invitadas.

Modera la sesión **María Soledad Burrone**, médica, Mg. en Salud Pública y Dra. en Ciencias de la Salud, académica y Directora del Instituto de Ciencias de la salud de la Universidad de O'Higgins.

El primer expositor corresponde a **Cristián Silva**, quien es parte del equipo directivo de la Sociedad Chilena de Psicología Comunitaria, miembro de la Sociedad de Salud mental comunitaria en Chile, director del Hospital de día Alsino, miembro del Consejo de la Sociedad Civil del SENADIS y de la Comisión Regional Metropolitana de protección de los derechos de las personas con enfermedad mental. Este expositor trae como tópico para analizar y tensionar la ley 21.331, el sentido de determinación social en el campo de la salud mental, el agotamiento del modelo biomédico en este mismo campo y reivindica la necesidad del rescate de la complejidad y la multidimensionalidad en la salud.

Posteriormente presenta **Ximena Araya**, Trabajadora Comunitaria de Salud Mental del Centro de Salud Mental Comunitaria de la ciudad de La Serena, quien representa el Programa Ecológico en Salud Mental Comunitaria de la región de Coquimbo. Esta expositora rescata las prácticas reales y complejas en el ámbito de salud mental, desde su perspectiva de usuaria y trabajadora de un programa particular, perspectiva que es muchas veces olvidada desde las operaciones y toma de decisiones del sector salud.

El tercer expositor es **Andrés Cuyul**, quien es parte del Centro para la formación y desarrollo de la salud mapuche Ta iñ Tremotuam, además de académico del Departamento de Salud Pública de la Universidad de la Frontera y asesor de Hospital Intercultural Makewe. Este expositor retoma el concepto de multidimensionalidad en salud, del cual da cuenta a partir de la experiencia y el trabajo con el pueblo mapuche. Transmite así la perspectiva de la salud colectiva sobre la Ley 21.331, en particular sobre el ámbito de reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, visualizando algunas omisiones de esta y evidenciando algunas complejidades respecto a la interacción del sistema de salud con el pueblo mapuche.

La sesión finaliza con la exposición de **Alejandra Carreño**, Doctora en Antropología, y **Alice Blukacz**, Magister en Sociología, ambas investigadoras del Programa de Estudios Sociales en Salud, de la Universidad del Desarrollo y miembros de la Red Chilena de Investigación en Salud y Migración (RECHISAM). Estas investigadoras dan cuenta de un análisis de la Ley desde la perspectiva de los hallazgos de la investigación sobre la población migrante en Chile. Identifican oportunidades en la ley para el avance en el reconocimiento y la inclusión de esta población, poniendo de relieve las barreras de acceso a la atención en salud en general para esta población y poniendo atención a las necesidades particulares que posee la persona migrante, con el objetivo de complementar los avances identificados en la ley y convertir así, estas oportunidades en garantías. Cabe

destacar que la perspectiva general de los expositores es una crítica aguda al contenido de la ley.

2. ASPECTOS QUE EN LA LEY ES UN AVANCE

El primer avance que se reconoce en la ley es el desglose de derechos entre los que se encuentran el derecho a la inclusión socio-comunitaria y el derecho al trabajo, así como también el derecho a una vida más tranquila, a una vida más feliz, lo cual se trasmite como un avance relevante para la única usuaria de servicios de salud mental que expone en la sesión. Para ella la divulgación de estos derechos contenidos en la nueva ley constituye un desafío importante que es necesario abordar, en la medida en que los usuarios de los servicios de salud mental -como CESFAM u hospitales- deben comprender que a través del conocimiento de estos derechos se reivindica una oportunidad en la comunidad y en la sociedad para ellos.

Se destacan también los contenidos de los Artículos 2, 3, 4, 5 y 8, donde se muestran avances sustanciales en la comprensión de la salud mental y su abordaje. No obstante, es necesario advertir que en los siguientes apartados se realizan algunos alcances a estos mismos artículos, por lo que el contenido de estos es más bien visto como una oportunidad de mejora y no como una garantía absoluta por los expositores. En el primer artículo se identifica como un avance la definición misma de salud mental, la que parte de la base de su determinación cultural, histórica, socioeconómica, biológica y psicológica y en la que se explicita que para lograr una preservación y mejoramiento de esta se requiere una construcción vinculada necesariamente a la protección y ejercicio de los derechos de las personas. Consecuentemente, en el Art. 2 se destaca que dentro de los principios de la ley se especifique el reconocimiento a la persona, de manera integral.

En el Art. 4 se destaca el establecimiento del derecho a ejercer el consentimiento libre e informado respecto tanto a los tratamientos, como a las alternativas terapéuticas que les sean propuestas. Siendo un aspecto que se celebra de este Art. es que se especifique que esta tarea será promovida por equipos interdisciplinarios, teniendo en cuenta la singularidad biopsicosocial y cultural de cada persona para pensar las alternativas terapéuticas, los beneficios, riesgos y posibles efectos adversos asociados (a corto, mediano y largo plazo); así como también, que cumplan el rol de sostener y resguardar el derecho de las personas a no aceptarlas o a cambiar su decisión durante el tratamiento.

En el Art. 5. se destaca que se establezca que el Estado deberá comprometerse a promover una atención interdisciplinaria en salud mental, con personal debidamente capacitado y acreditado por la autoridad sanitaria competente. Pero sobretodo, que se promoverá la incorporación de personas usuarias de los servicios y personas con discapacidad en los equipos de acompañamiento terapéutico y recuperación; y que se promueve una atención en salud mental que sea realizada preferentemente de forma ambulatoria o en atención domiciliaria, en los niveles primario y secundario de salud, debiendo encaminarse al reforzamiento y desarrollo de los lazos sociales, la inclusión y la participación de la persona en la vida social. Todas estas, cuestiones que han sido demandas históricas, particularmente desde los movimientos de usuarios/as y desde el enfoque de la recuperación.

Finalmente, en el Art. 8. se destaca que se explicita que las consecuencias en la salud mental que son producto de la violencia y discriminación, que pueda afectar a grupos vulnerables en el ejercicio de sus derechos, deberán abordarse desde las perspectivas de derechos, género y pertinencia cultural, según corresponda.

3. ASPECTOS QUE EN LA LEY SE OBSERVA UN RETROCESO

Un primer aspecto en que se identifica un retroceso es en el lenguaje con que se escribió la ley, el cual perpetúa una lógica patologizante, al utilizar palabras como discapacidad psíquica, trastorno mental y enfermedad mental. Sumado a ello, se refuerza la idea de que, pese a que se planteó el proceso de legislar en materia de salud mental como una oportunidad para abordar aquellos aspectos que no quedaron claros ni fueron abordados para gestionar atención y cuidados en compromiso con el modelo de salud mental comunitario, el proceso de creación de la ley estuvo revestido de poca claridad, siendo un ejemplo concreto de ello que la sociedad civil aún desconoce quiénes realizarán los reglamentos. En este sentido, se observa que esta fue una oportunidad privilegiada para generar participación a nivel transversal de la sociedad civil, de los expertos por experiencia, de las personas pertenecientes a alguna discapacidad psicosocial y de las personas usuarias del sistema de salud mental chileno, que no se utilizó. Queda entonces abierta la pregunta: *¿Dónde se consulta el proceso de elaboración de este proyecto de Ley a personas con discapacidad, incluidos niñas, niños y adolescentes a través de organizaciones de la Sociedad Civil dirigidas por las propias personas de nuestra diversidad? (Paula Cornejo Abarca, sobreviviente y usuaria del sistema de salud Chileno, columna de opinión citada por Cristián Silva).*

Otro retroceso importante se identifica al observar la ley desde la interacción de sistemas médicos en contextos interculturales, desde donde se reconoce un “Epistemicidio (biomédico)” en salud mental, en la medida en que no se admiten ni legitiman otros sistemas de salud que son parte del itinerario terapéutico de las personas, las que recorren distintos sistemas de salud -conformando así un pluralismo médico-, en búsqueda de atención y respuesta a sus problemas de salud. Así, las dimensiones espirituales, emocionales y sociales involucradas en el origen y mantención de padecimientos complejos como lo son los problemas de salud mental, que son fundamentales, por ejemplo, desde el sistema médico indígena, o la ojeadura de niños desde el sistema médico popular, no son reconocidas en el contenido de la ley. Se observa entonces en el análisis de la ley, un Sistema médico monocultural que es limitado en el abordaje de problemas de salud de la población indígena. Se nombra el caso de la población mapuche donde se identifica, por una parte, problemas de salud mental que no son abordados en su relacionalidad y determinación con la población indígena, como la depresión, el alcoholismo, la drogadicción, el estrés o los suicidios (MINSAL, 2016), y por otra, que el abordaje en salud hacia esta población desconoce contextos de colonialismo internalizado y el aumento de estigma y discriminación étnico-cultural que son parte del contexto de atención. Así también, se muestra evidencia de que al no incluir una perspectiva intercultural en salud hay una proporción de la población indígena muy baja en programas de atención en salud mental en relación al total de la población; aun cuando se pesquisa una alta proporción de trastornos graves de salud mental, como ideación e intento suicida en jóvenes indígenas de Santiago (Estudio desde DSP- UFRO: “Situación de salud de los pueblos indígenas de la Red de salud Occidente”, 2019).

En cuanto a los Pactos y Convenciones internacionales vinculados al articulado de la Ley 21.331 se encuentran el pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Violencia contra la Mujer (CEDAW), la Declaración de los Defensores de Derechos Humanos; el Principio para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental (PPEM) y el Pacto Internacional

de Derechos Civiles y Políticos (PIDC y O). Pero el Pacto más relevante, con el cual es urgente un diálogo, es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), para así asegurar una ley escrita con enfoque de derechos, lo cual nos retrotrae al primer aspecto en que se identifica un retroceso, que tiene relación con el lenguaje patologizante utilizado en la redacción de la ley, lo que viola directamente el artículo 5 de la CDPD que habla sobre *Igualdad y No discriminación*.

4. ASPECTOS QUE SERÁ CLAVE LA FORMA EN QUE SE ABORDEN EN LOS REGLAMENTOS

Un primer aspecto que será clave resguardar en los reglamentos, refiere a cómo serán implementados los derechos ciudadanos definidos en la ley en los distintos entes prestadores de salud mental. En este sentido, se identifican más de 15 derechos ciudadanos fundamentales tras la revisión de la ley (Ver Notas), tales como el reconocimiento de las personas con padecimiento psíquico como sujeto de derechos, la garantía de participación social y el apoyo necesario para hacer efectiva la misma; o la prohibición absoluta de la esterilización de NNA como medida de control de fertilidad. Se plantea entonces como un aspecto clave que el listado de estos derechos sean publicados por todos los prestadores de salud mental, conforme a las especificaciones que el Ministerio de Salud disponga a través de una norma técnica.

Por otra parte, se plantea que a pesar de que la ley no tiene un enfoque de interculturalidad, esta presenta algunas oportunidades para llegar a concretar este enfoque en la legislación, siempre y cuando logren ser afianzados de reglamentos claros con la incorporación de algunos elementos extra a estos aspectos que ya están presentes en los artículos. Así, en el Art. 2, en el que se otorga la definición de salud mental utilizada en la ley, se especifica y enfatiza que un aspecto fundamental a resguardar en los reglamentos es considerar que la salud mental de las personas migrantes está marcada por los sistemas de salud, enfermedad y atención de las culturas de origen, por lo que es fundamental mirar los diagnósticos, tratamientos y estrategias de promoción desde una óptica intercultural. Esto implica cuestionar la hegemonía del modelo biomédico que basa los tratamientos exclusivamente en la "mejor evidencia disponible" -como se plantea en el Art.7 de la ley-, y comenzar a comprender que el abordaje en salud mental -desde lo promocional y preventivo hasta los tratamientos- está sujeto a acuerdos que están marcados por la interculturalidad. En cuanto a los factores históricos y socioeconómicos considerados en este Art.2, se releva la importancia que tienen estos factores en los desplazamientos y las condiciones en que estos se realizan, lo que impacta directamente sobre la salud mental de las personas migrantes. Es decir, se considera necesario resguardar un abordaje que comprenda que la salud mental de las personas migrantes está marcada por estos factores históricos y socioeconómicos que suscitan las trayectorias migratorias, que implican ciclos que comienzan incluso antes de la partida, y que atraviesan sus biografía y tendrán consecuencias en su salud mental.

En el Art. 3, se especifica la necesidad de resguardar el desarrollo de atenciones a NNA migrantes con atención a las implicancias que el proceso migratorio tiene en esta etapa de la vida, particularmente en el desarrollo de su identidad. En este sentido, cuidar la doble vinculación cultural y los procesos de inclusión en la escuela y con pares, promoviendo en ellos una múltiple pertenencia cultural, que es la que caracteriza a las nuevas generaciones de NN migrantes, será un aspecto clave a resguardar que se incluya dentro de los reglamentos. Se enfatiza que este derecho a preservar la identidad y desarrollar la identidad, sobretodo en este momento del ciclo vital, es clave para garantizar la salud

mental de estos grupos. Así también, en cuanto a la equidad en el acceso -incluida también en este artículo- se enfatiza la necesidad de establecer formas de garantizar esta equidad también en el acceso a salud mental, lo que requiere una mejora en los procesos de coordinación de APS con CSM, un aumento de horas de atención y la coordinación del sistema de salud con la sociedad civil y ONGs.

En cuanto al consentimiento, incluido en el Art. 4., se plantea la necesidad de establecer formas de garantizar el **uso de facilitadores interculturales** dentro de los espacios terapéuticos que permitan realizar intervenciones culturalmente pertinentes y con libre consentimiento de las personas implicadas. Así también, en cuanto a la interdisciplina en la atención (Art. 5), es necesario intencionar la posibilidad de capacitar y acreditar a facilitadores, pares migrantes y especialistas en clínica etnopsiquiátrica (o de psiquiatría transcultural) para la atención de personas migrantes, además de priorizar la atención en APS que es el nivel de primer contacto con población migrante. En este nivel de atención es fundamental resguardar el establecimiento de relaciones con sociedad civil y agrupaciones migrantes que permita el real fomento de la inclusión y participación de usuario/as migrantes.

Finalmente, en el Art. 8, que desarrolla la relación entre salud mental y violencia, se releva la necesidad de comprender el vínculo que posee la migración y la violencia, para garantizar un abordaje con pertinencia con esta población. En este sentido, se levanta la alerta respecto a que en numerosas ocasiones la migración es suscitada por motivo de situaciones de violencia (de distinta índole) en sus países de origen, factor que puede estar presente también en su proceso migratorio y en su proceso de inserción en Chile. Así también, se da cuenta de necesidades particulares de salud mental que enfrentan personas sujetas a desplazamientos forzados. Por lo que abordar la violencia en los procesos terapéuticos, así como evitar la polivictimización es parte de las obligaciones de los servicios de salud mental con estas personas, son aspectos que deben ser abordados en los reglamentos.

NOTAS

Listado de derechos identificados en la Ley 21.331.

- (1) Ser reconocido siempre como sujeto de derechos.
- (2) Garantizar la participación social y el apoyo para lograrlo.
- (3) Velar especialmente por el respeto a su derecho a la vida privada, a la libertad de comunicación y a la libertad personal.
- (4) Garantizar la participación activa en los planes de tratamiento, habiendo expresado su consentimiento libre e informado y aquellas personas que tengan limitaciones para expresar su voluntad y preferencias deberán ser asistidas para ello. En caso alguno se podrá realizar algún tratamiento sin considerar su voluntad y preferencias.
- (5) Que para toda intervención médica o científica de carácter invasivo o irreversible, incluidas las de carácter psiquiátrico, manifiesta su consentimiento libre e informado, salvo que se encuentre en el caso de la letra b) del Art. 15 de la Ley N° 30.584 (urgencias).
- (6) Se reconozcan y garanticen sus derechos sexuales y reproductivos, a ejercerlos dentro del ámbito de su autonomía, a que le sean garantizadas condiciones de accesibilidad y a recibir apoyo y orientación para su ejercicio, sin discriminación en atención a su condición.
- (7) No ser esterilizada sin su consentimiento libre e informado. Queda prohibida la

esterilización de NNA o como medida de control de fertilidad. Cuando la persona no pueda manifestar su voluntad o no sea posible desprender su preferencia o se trate de un NNA, sólo se utilizarán métodos anticonceptivos reversibles.

(8) Recibir atención sanitaria integral y humanizada y al acceso igualitario y equitativo a las prestaciones necesarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud.

(9) Recibir atención con enfoque de derechos. Los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas en la modalidad de atención cerrada deberán contar con un comité de ética.

(10) Recibir tratamiento con la alternativa terapéutica más efectiva y segura y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

(11) Que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.

(12) Recibir contraprestación pecuniaria por su participación en actividades realizadas en el marco de las terapias, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sea comercializados.

(13) Recibir educación a nivel individual y familiar sobre su condición de salud y sobre las formas de autocuidado, y a ser acompañada durante el proceso de recuperación por sus familiares o por quien la persona libremente designe.

(14) Que su información y datos personales sean protegidos de conformidad con la ley N° 19.628.

(15) No ser discriminado por padecer un sufrimiento psíquico.

(16) No sufrir discriminación por su condición en cuanto a prestaciones o coberturas de salud, así como en su inclusión educacional o laboral.

5. ASPECTOS QUE LA LEY DEJA EN VACÍO.

En primer lugar, se cuestiona la viabilidad de lo planteado en la ley al no existir presupuesto asignado, en este sentido, se cuestiona la calidad de ley, planteando la pregunta por si no correspondería más bien solo a buenas declaraciones. Ligado a ello, se plantea que con lo dispuesto hasta ahora por la ley se perpetúa la deuda con la sociedad civil y expertos por experiencia, al no existir claridad de cómo se velará por el derecho al alcance universal de las prestaciones de salud mental, o el derecho a no ser discriminado en el acceso a seguros y coberturas.

En la misma línea, otro aspecto que queda en vacío y se advierte en la exposición, corresponde a que la ley no se plantea la prohibición de la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente, tanto públicos como privados, como si lo hizo de manera explícita la Ley de Salud mental en Argentina. Así tampoco se planteó de manera explícita que las instituciones ya existentes adoptarán los objetivos y principios expuestos en la ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esto demuestra que aun cuando en Chile desde los años 90 se promueve dentro de los Planes Nacionales de Salud mental un enfoque comunitario de la salud mental, actualmente solo se identifican buenas prácticas alineadas con este enfoque, y no políticas públicas, en las que sigue prevaleciendo un modelo de abordaje más ligado a lo custodial, asilar, clínico-biológico y rehabilitador.

Por otra parte, en el Art. 2 la ley señala que “la *preservación y mejoramiento* de la salud mental implican una construcción social esencialmente evolutiva y vinculada a la protección y ejercicio de sus derechos”, sin especificar ni desarrollar qué tipo de preservación ni qué tipo de mejoramiento se priorizará dentro de esta salud mental, vacío que cobra aún más relevancia desde la mirada del desarrollo de la salud de los pueblos indígenas y en particular desde el mundo mapuche. Ligado a ello, se define la enfermedad o trastorno mental como “una condición mórbida que afecte en intensidades variables el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente”, lo que plantea la pregunta desde el caso indígena por quién establece esta condición mórbida, si es desde la perspectiva propia -modelo biomédico- o incluso si se consideran otras miradas, lo que nuevamente se deja en un vacío en la ley.

Ligado con lo anterior, en el Art. 7 se define que “el diagnóstico del estado de salud mental debe establecerse conforme dicte la técnica clínica, considerando variables biopsicosociales,” especificando que *no puede basarse en criterios relacionados con el grupo político, socio económico, cultural, racial o religioso de la persona, ni con su identidad u orientación sexual, entre otros*. Es decir, la ley plantea una negación, una a-relacionalidad de la técnica clínica respecto del origen de los problemas de salud mental, lo que es problemático sobretudo para el mundo indígena en que los problemas de salud mental se constituyen de acuerdo a categorías y teorías propias que explican los fenómenos. La a-relacionalidad que queda establecida en este artículo, da cuenta de una exclusión y una miopía a la existencia de distintos sistemas médicos presentes en Chile. Es decir, esta ley parte de la base de un sistema único en salud y lo que omite el entendimiento de las comunidades, de los grupos indígenas y de otras colectividades respecto de terapias y técnicas de esos otros sistemas de salud presentes en el país tales como el sistema de salud popular, el indígena, el médico-religioso, ente otros.

6. CONTRAPOSICIONES O CONTRADICCIONES EN EL CONTENIDO DE LA LEY Y CON OTRAS LEYES (INCONGRUENCIA JURÍDICA).

La primera contraposición identificada emerge al observar la finalidad de la ley en relación a los pueblos originarios. Esto dado que se plantea el reconocimiento y protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, teniendo como marco y garantía para el pleno goce de los derechos humanos de estas personas, la Constitución Política de la República y los tratados e instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile y que se encuentren vigentes. La ley reconoce que estos instrumentos constituyen derechos fundamentales y es, por tanto, deber del Estado respetarlos, promoverlos y garantizarlos. Pero, la Constitución política vigente en Chile no reconoce la preexistencia de los pueblos originarios al Estado, aun cuando convenios internacionales como el Convenio 169 de la OIT así lo mandata, lo cual constituye una primera omisión de la ley a partir de los derechos que la misma ley señala.

Así también, el Convenio 169 de la OIT define la obligación del Estado de resguardar la participación, consulta previa, libre e informada (Art. 6) de los pueblos indígenas. Así como también, que puedan administrar y planificar planes y servicios de salud (Art. 25), con establecimiento de prioridades en el desarrollo (Art. 7); derechos que no fueron resguardados en el proceso de creación de la Ley 21.331. En consonancia con lo planteado en este Convenio, la Declaración universal de Derechos de los Pueblos Indígenas, también firmada por Chile, mandata: “Los Pueblos Indígenas tienen derecho a participar en la adopción de decisiones en las cuestiones que afecten sus derechos, por conducto de representantes elegidos por ellos en conformidad con sus propios procedimientos, así como

a mantener y desarrollar sus propias instituciones de adopción de decisiones” (Art. 18), aspectos que fueron omitidos en la Ley de salud mental evidenciando una contradicción entre lo estipulado por esta y los Convenios y Declaraciones que refieren a pueblos indígenas.

Ligado con lo anterior, otra incongruencia jurídica identificada corresponde a lo estipulado en el Art. 7 de la Ley de derechos y deberes del paciente. La que define: “En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, lo cual se expresará en la aplicación de un modelo de salud intercultural validado ante las comunidades indígenas”, lo que como vimos previamente se está contraviniendo con lo estipulado en la Ley 21.331.

Por otra parte, casi al mismo tiempo que se promulgó la ley de salud mental se promulgó la Ley de Migraciones que obliga al Estado a respetar los DDHH de las personas extranjeras que se encuentren en Chile, sin importar su condición migratoria. Entre ellos por ejemplo, se obliga al Estado a proporcionar información íntegra, oportuna y eficaz acerca de sus derechos y deberes, los requisitos y procedimientos para su admisión, estadía y egreso del país; o el derecho a solicitar Reunificación familiar debiendo el Estado promover la protección de la unidad de la familia. Así también se estipula el Derecho al acceso a la salud conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca, en igualdad de condiciones que los nacionales. Pero, a pesar de estas obligaciones que se plantean en la ley migratoria hoy en día sabemos que durante la crisis humanitaria y sanitaria 2020-2021, con el cierre de fronteras en marzo del 2020 se ha creado una situación en que el mismo Estado está vulnerando las condiciones que se imponen a partir de la ley migratoria, lo que ha tenido consecuencias importantes en la salud mental de las personas migrantes.

7. IMPLICANCIAS PARA LAS INSTITUCIONES.

Se plantea como un desafío la adopción de un cambio de paradigma para todas las instituciones que ofrezcan prestaciones de salud mental que implique: (1) un avance de lo protegido a lo productivo, haciendo énfasis en el cooperativismo, como estrategia para el ejercicio efectivo de la autonomía de usuarios/as; (2) un paso desde los tratamientos a corto plazo a tratamientos asertivos comunitarios, donde el foco se ponga en la salud mental comunitaria, en la creación de grupos de pares y de autoayuda que incluya equipos mixtos entre expertos por experiencia y expertos por formación; (3) un paso de la exclusión a la inclusión y dignidad social poniendo el foco en los derechos de los usuarios; (4) un cambio desde lo médico a lo psicosocial poniendo foco en la dimensión social del cuidado; y (5) un cambio desde los tratamientos residenciales a las oportunidades de vida desde un enfoque como el Recovery.

Así también se plantea la necesidad de adopción del modelo de DDHH, que sitúe en el centro la dignidad y autonomía de la persona, la no discriminación y el reconocimiento de sus derechos diversificados. Es decir, que se valore a la persona y no su condición, para lo cual es necesario el reconocimiento constitucional bajo el principio de igualdad sustantiva. Sumado a ello, se requiere el reconocimiento de la discapacidad como producto de la interacción con el entorno que no es accesible ni se ajusta a las necesidades de las personas con sufrimiento psíquico. Se requiere por tanto un principio de accesibilidad universal y de inclusión para el ejercicio de derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. Esto interpela directamente a la política pública, que debe garantizar la capacidad jurídica a las personas en situación de discapacidad con diagnóstico psiquiátrico;

y brindar sistemas de apoyo y ajustes razonables para asegurar el ejercicio del derecho de las personas a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad. Para ello es necesario también reconocer sistemas de cuidado y de asistencia personal para quienes viven en situación de dependencia.

En cuanto a las implicancias para la formación académica, se plantea la necesidad de estimular en la formación de profesionales de la salud: (1) la incorporación del enfoque intercultural (OPS, 1998), (2) la formación en antropología médica (Sistemas de salud diversos, migración, pueblos originarios, modelos y buenas prácticas), (3) Internados rurales en contextos interculturales (Ej. Programa de Internado Rural Interdisciplinario – UFRO, 30 años).

Finalmente se plantea como un desafío, incluir de manera transversal para la actuación institucional un modelo que se base en el Análisis participativo de modelos de gestión y atención en relación al contexto epidemiológico y sociocultural local. Que tenga la epidemiología sociocultural como herramienta relacional de análisis, planeación y gobernanza en salud que incluya la situación de salud desde los distintos sistemas médicos existentes dentro de un territorio, logrando la incidencia de las poblaciones organizadas y padecientes. Es decir, intencionar una interacción formalizada entre sistemas médicos respetando autonomías relativas (porosidad de sistemas y pluralismo médico).

8. OTROS ASPECTOS ABORDADOS EN LA SESION.

Las debilidades y vacíos dentro de la ley son prevalentes y no lograron ser abordados en su totalidad en los apartados previos. Es por ello, que se incluirán en este apartado en relación con aspectos que fueron abordados en la fase de preguntas y discusión de la sesión.

En primer lugar, lo que refiere a la promoción de la salud mental (Art. 3) en la ley aparece como insuficiente y es perfectible en la medida en que se ponga un énfasis mayor a los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población, que constituyen los determinantes sociales de la salud mental. Es necesario que determinantes sociales estructurales, como legislación sin discriminación o una garantía de acceso a derechos sociales básicos, sean considerados de manera prioritaria, ya que son esenciales para lograr la promoción efectiva de la salud mental. En este sentido, la promoción de la salud mental de personas migrantes debe realizarse bajo la consideración de sujetos de derecho, adoptando una óptica comunitaria de relación y participación de las comunidades migrantes, asegurando así, la identificación e intervención temprana de una población que difícilmente llegará por consulta espontánea a la atención de salud mental.

Por otro lado, cuando en la ley se refiere la Inclusión Social (Art. 24) y se define que la articulación intersectorial del Estado deberá incluir acciones permanentes para la cabal inclusión social de las personas con enfermedad mental, discapacidad psíquica o intelectual, se advierte que la interculturalidad no está siendo un foco prioritario a incluir. En este sentido, se plantea que hasta hoy la incorporación de un enfoque de interculturalidad no se ha traducido en acciones concretas en el actuar de las instituciones ni en las relaciones que se establecen entre ellas. Es por ello, que se hace énfasis en que la inclusión social no será posible si no se reconoce la diversidad cultural del país y se promueven relaciones horizontales entre comunidades culturalmente diversas.

Un aspecto sumamente relevante que fue abordado en la fase de preguntas de esta sesión, corresponde a la palabra de Hugo, abogado, quien hace énfasis en que derechos y

garantías tienen que ir de la mano para lograr una exigencia administrativa, judicial y política. Esto requiere del empoderamiento de sus derechos por parte la ciudadanía para demandar aquellos y hacerlos realidad. El abogado recalca que las leyes no son automáticas. Además, se hace un llamado de alerta generalizado por parte de las personas que comentan al final de la sesión, respecto a que los reglamentos de la Ley de salud mental se están realizando entre cuatro paredes, siendo un alegato común la falta de inclusión de la sociedad civil y en particular de los expertos por experiencia quienes no fueron llamados para la creación de la ley y ahora tampoco para la construcción de los reglamentos, siendo la única posibilidad para incidir en ello el entrar al Consejo Asesor Nacional, cuestión que tampoco ha sido fácil. En este sentido, se advierte que la construcción de reglamentos a puertas cerradas sin la voz de los expertos por experiencia, va a re afirmar las falencias de la ley en que hay un modelo biomédico hegemónico y que a su vez, limita la posibilidad de re pensar el abordaje de salud mental desde una perspectiva territorializada. Así también, se llama la atención respecto a la poca importancia que se le ha dado a la problemática de los NNA, y en particular a los/as niños/as medicalizados dentro de las instituciones de SENAME.

Por otra parte, se destaca que las leyes son perfectibles, y es necesaria la organización y fuerza de la comunidad civil para seguir presionando para que la ley efectivamente logre abarcar aquellos aspectos que ahora son débiles. Una sociedad civil que de manera constante y permanente esté evidenciando las imperfecciones, vacíos y las necesidades de seguir avanzando hasta lograr una verdadera dignificación en la atención en salud mental. Así por ejemplo, en la creación de los reglamentos se debe lograr exigir a la Cámara de diputados, quien es quien debe fiscalizar este proceso, que demande a que el ministro responda cómo se están construyendo los reglamentos y cómo se va a dar cumplimiento al plazo estipulado para la creación de los mismos. Es decir, se requiere fiscalización de manera urgente en este ámbito. Ligado a ello, se recalca la necesidad de perseverancia en la demanda por políticas públicas plurinacionales sobretodo de cara al proceso constituyente, lugar en que se recomienda incidir al ser el espacio que definirá los principios de la nueva Constitución, pero al mismo tiempo se advierte que la presión deberá mantenerse una vez que la nueva Constitución exista.

Finalmente, ligado a la necesidad de incidir en el proceso constituyente, se recuerda que todo derecho tiene determinantes sociales y es necesario identificarlos y focalizarse en ellos. Esto, ya que en definitiva, es la única manera de que se haga plausible la posibilidad de abarcar la multidimensionalidad de la dignidad humana que no es solo salud sino también educación, derechos políticos, justicia, cultura, etc., es decir, todas las dimensiones de los DDHH que son a su vez las dimensiones de la dignidad humana, la que es integral y en consecuencia no es divisible. Así, los determinantes sociales en salud le dan al derecho a la salud ese contenido de multidimensionalidad, de interseccionalidad e interdependencia con los demás elementos de la dignidad humana y de los demás DDHH. La Convención constituyente debe educarse en ello y el área de salud, que tiene particularmente desarrollada e internalizada esa idea a través del concepto de determinantes sociales en salud, debe contribuir a insistir en que esta es una idea que debiera ser trasladada a todos los demás derechos.

Para cerrar, cabe recalcar que desde una perspectiva histórica, se destaca el avance de la inclusión de la perspectiva de derecho como base para la construcción de la Ley 21.331, aunque solo sea en un nivel declarativo que se parta con los DDHH es un avance. A la vez

que se recalca desde la perspectiva jurídica que es importante iniciar el proceso de legislación aun cuando esta ley sea imperfecta.

SESION 8

Profesionales de la Salud y la ley 21.331.

1. BREVE DESCRIPCIÓN DEL TEMA ABORDADO EN LA SESIÓN.

Foro final del ciclo de discusiones, sobre el análisis de las implicancias de la Ley 21.33, en este último hablaremos sobre los profesionales de la salud y las implicancias de la nueva Ley.

Elisa Ansoleaga: Psicóloga, Magister en gestión y políticas públicas, Dra. en salud pública, e investigadora del programa de estudios psicosociales del trabajo y directora de investigación de la Facultad de psicología de la Universidad Diego Portales.

Ana María Vera: Psicóloga, trabajadora de la Salud Pública, Diplomada en salud familiar, Académica de la Universidad Católica de Temuco y de la Universidad Mayor, Activista en Derechos Humanos y Presidenta de la sociedad de psicólogos de la salud de la Araucanía y miembro de la directiva de la Sociedad chilena de psicología comunitaria

Sebastián Prieto: Médico psiquiatra, egresado del programa de especialistas de la universidad Mayor. Fue presidente de la Sociedad de Salud Mental Comunitaria de Chile y jefe del subdepartamento de salud mental del servicio de salud de Coquimbo

Adela Bork: Asistente social, Socióloga, Doctora en Sociología y directora del Magíster en Trabajo Social mención en familia y mención en comunidad y territorio de la Universidad Católica de Valparaíso.

Flora Andrade: Enfermera, Máster en Salud Mental, Académica del Departamento de Enfermería de la Universidad de Chile, conforma parte del equipo docente de Salud Mental y es miembro de la Sociedad Chilena de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría.

Moderador: **Carlos Clavijo**, psicólogo, Director Departamento Psicología Clínica, Universidad de Valparaíso.

En la primera presentación "**Trabajar en salud (Mental) Condiciones, implicancias, riesgos y consecuencias**" se aborda el tema del trabajo en salud, caracterizándolo como un trabajo de servicio, de naturaleza emocionalmente desgastante, con demandas emocionales y donde se encuentra sufrimiento ético, con alta carga cultural sacrificial. Además, existe una invisibilización de la salud de quienes trabajan en esta área sumado a una falta de reconocimiento.

Existen distintos riesgos para los trabajadores en salud mental, como lo son: alta demanda psicológica, bajo control sobre el trabajo y apoyo social, escaso reconocimiento y violencia laboral. Esto genera mayores posibilidades de presentar síntomas depresivos y distrés psicológico al compararse con aquellos no expuestos, donde las exigencias psicológicas son la base del distress psicológico.

El trabajo en salud mental es visto como un trabajo de cuidado, donde se exponen a la compasión como forma de sufrimiento pues implica sentir y prestar atención a las

dificultades de los demás, por tanto, no se puede medir ni calcular cuál es su valor económico. Se necesita trabajo psíquico, mental y cognitivo.

Es importante ocuparnos de la salud mental de quienes trabajan, ya que 1 de cada 4 licencias médicas de origen laboral son por salud mental y gran parte se concentra en el área de la salud, sumado a que hasta ahora existen creencias sociales que no permiten la aceptación de que las personas se enfermen a causa de su trabajo

En la segunda presentación **“Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de Salud mental”** se presenta una propuesta para la formación de profesionales donde se incorpore en las mallas curriculares temas centrados en la salud pública, tales como el cuestionamiento a las prácticas monoculturales y de la situación de salud en diversos territorios, incluyendo la salud mental, así también se plantea incorporar el paradigma de los derechos humanos, incorporar contenidos de salud mental y psicología comunitaria y mantenerse al ritmo de los avances y retrocesos de los procesos de reformas de atención en salud mental.

Es fundamental incluir en la formación el cuestionamiento a la violencia institucional de los derechos humanos, por ejemplo, a través de prácticas psicosociales invalidantes o violencia simbólica en el marco del ejercicio profesional. En este sentido, deben incorporarse los marcos de los derechos humanos y con ello las lógicas de reparación que garanticen la justicia social. En el mismo marco de derechos, se deben incluir los derechos económicos, sociales y culturales en los servicios de salud mental.

También es importante, desde el área de la psicología comunitaria, relevar los conceptos de comunidad, trauma psicosocial, ciudadanía, empoderamiento y participación, utilizándolos en una lógica colectiva, a través de la participación social en conjunto con los expertos por experiencia, es decir, los usuarios, profesionales de la salud e instituciones, reforzando el poder de la ciudadanía.

En la tercera presentación **“Aspectos críticos en las praxis clínicas y su repercusión en la formación de las disciplinas terapéuticas”** se plantean los distintos desafíos, como lo es el uso de fármacos como única opción terapéutica, los problemas de adherencia a los tratamientos y sus consecuencias en la eficacia del mismo, la visión de expertos de forma individual en el marco de la clínica, los determinantes sociales junto con herramientas de enfrentamiento que se disponen, y las dudas que pueden emerger en las diferentes decisiones que se toman en salud.

Para lo anterior se presenta una forma de enfrentar soluciones, entendiendo que todo se basa en la emergencia de propiedades como base de la vida, considerando la perspectiva personal y la comunicación relacional con los otros. En el área de la salud mental se busca observar la sociedad en toda su amplitud y conocer las distintas realidades, dándole gran importancia a la comunidad. En este sentido, se propone el diálogo como otro mecanismo terapéutico; priorizar el trabajo en equipos más que una visión de experto; dentro de los determinantes sociales sumar aquellos factores que son protectores; en lo que respecta a las dudas en el rol de trabajador de salud, permitirse no saber y darle un enfoque colectivo a las diferentes resoluciones, donde se involucre tanto el equipo de salud mental como también el sujeto de atención. Así también, es importante discutir el rol de la autonomía en salud, dado que por años se ha mantenido una visión priorizada en la beneficencia y no maleficencia, dejando al final la independencia del sujeto.

En la cuarta presentación, se reflexiona en torno a que lo que se habla o no se habla sobre salud mental está inserto en un contexto y aquello se va reproduciendo a través de la cultura. En el caso de la cultura chilena, se menciona que está caracterizada por ciertos elementos, como lo es la cultura de los mínimos, competitividad e instalación y naturalización de la desigualdad, los que se instalan en todas las esferas de la vida social y esto hace entender la existencia de un trato desigual de la salud mental dentro del propio sistema de salud. Bajo la misma perspectiva, se menciona la presencia de una cultura científica disciplinada, sobre todo en salud donde se acrecienta la estratificación de las disciplinas, priorizando la cantidad de saber de unos respecto de otros, perdiendo el foco de lograr un trabajo interdisciplinario. Aparece con lo anterior el ideal del experto y del rol, evidenciadas también en la Ley, donde la primera prioriza tener conocimientos acotados sobre un tema y la segunda, comprende un campo bastante rígido y limitado en cuanto al oficio, idea que se genera a partir de la formación universitaria. Ambos elementos generan limitación en cuanto a colaboración entre diferentes actores.

Por otro lado, también se enfatiza en que las leyes son construcciones sociales en un determinado tiempo histórico, por lo que una ley no significa tener simplemente que acatar, es solo una expresión de si se quiere afectar lo público, recordando que el objetivo principal de una ley corresponde a incidir en materias públicas.

Debiese considerarse la posibilidad de equivocarse o de estar en incerteza, pues de esa forma se puede ir completando con quienes son actores principales, equipos de salud, instituciones, comunidades, etc. En este sentido, se requiere de este trabajo interdisciplinario para lograr intervenciones psicosociales, culturales y políticas. Se propone seguir una cultura de los máximos donde se permita participar a todos y todas para producir una vida en común no solo en el ámbito de salud mental.

En la última presentación **“Influencia e impacto de la Ley 21.331 en la formación de profesionales de la carrera de Enfermería: Brechas y Desafíos”**, se plantean limitaciones y sugerencias que se podrían desarrollar para poder lograr y ejecutar algunas menciones del artículo 5 del título I de la Ley. Algunas de las brechas tienen que ver con la atención interdisciplinaria, donde hay debilidades en cuanto a la formación interdisciplinaria, competencia en tecnologías digitales, habilidades comunicacionales, entre otros. Se plantea incluir ciertas temáticas dentro de las mallas curriculares como es el modelo de determinantes sociales, enfoque de derechos de género, pobreza multidimensional, entre otros. Así también generar un perfil profesional que sea acorde a las necesidades que existan y desde allí construir roles y funciones. Por otro lado, en cuanto a la incorporación de personas usuarias de los servicios y personas con discapacidad en los equipos de acompañamiento terapéutico y recuperación, existen debilidades en cuanto a las condiciones que permitan el intercambio teórico y práctico en la relación docente-asistencial, así como en las intervenciones que puede realizar estudiantes con usuarios/as y familias, por lo que existen desafíos como la incorporación de la perspectiva de usuario, alianzas estratégicas entre instituciones, entre otras. Así también, se hace relevante relevar el autocuidado en la formación en salud mental, fomentando el autocuidado de la persona detrás del “profesional de enfermería”.

Se cuenta la innovación curricular de la Universidad de Chile en la carrera de Enfermería, la cual se orienta en un modelo de competencias, sub-competencias, resultados de aprendizajes e indicadores de logro, todo en el marco del dominio genérico. El proceso comenzó con un levantamiento de necesidades de formación, para luego continuar con la construcción del perfil de egreso, perfil de la malla y finalmente la organización curricular.

Como resultado la formación en salud mental en enfermería fue transversal en toda la malla curricular, además se da un apoyo y fortalecimiento a las y los estudiantes mediante el Programa Apoyo al Estudiante de Enfermería (PAEE).

2. ASPECTOS QUE EN LA LEY ES UN AVANCE EN EL TEMA ABORDADO.

Reconocer y proteger los derechos fundamentales de personas con enfermedad mental, entre los nombrados en esta Ley se encuentran el reconocimiento de la integralidad de la persona, como también la dignidad inherente, autonomía individual, libertad en la toma de decisiones e independencia, igualdad ante la Ley, equidad en el acceso, accesibilidad universal, derecho a vivir en la comunidad y respeto al desarrollo de facultades de NNA.

3. ASPECTOS QUE EN LA LEY SE OBSERVA UNA FALTA DE AVANCE (NO SE APROVECHÓ OPORTUNIDADES SUSTANCIALES DE MEJORA).

En la Ley aun podemos observar problemas en relación a equidad, discriminación en salud, dificultades con las garantías explícitas y aquellas que no, con sus respectivas expectativas, problemas relacionados con los recursos y el financiamiento.

Dificultades en índoles normativas, como ausencia de leyes que declaren la obligatoriedad del financiamiento, además del incumplimiento de compromisos internacionales que declara el pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Problemas en las instituciones a nivel de infraestructura, estructura y coordinación del sector y del intersector.

Escasa relevancia de la salud mental pues la visibilidad en la esfera pública no se condice con su abordaje en programas y acciones estatales

Además de problemas respecto a la formación de los trabajadores dedicados al área de salud mental, donde podemos ver como desafío la crisis del desgaste. Pero también entre las implicancias recién mencionadas debemos pasar de una formación individual a la formación de equipos multidisciplinarios, con perspectiva de derechos humanos y laborales, evolucionado de una formación técnica profesional a una que considere la perspectiva de trabajo de cuidado, dando relevancia precisamente al cuidado colectivo de los equipos.

Respecto a la formación profesional, podemos observar que está fuertemente centrada en el modelo biomédico, lo que, pese a ser altamente criticado ha sido difícil de erradicar, sumado a una formación monocultural que se ve reflejada en prácticas de exclusión y colonizadoras. Además, existe escasa investigación aplicada ya que la mayoría es investigación básica, con baja vinculación con el medio, lo que produce una desconexión con el contexto sociopolítico y un rezago de parte de las universidades.

4. ASPECTOS QUE SERÁN CLAVE EN EL DESARROLLO DE LOS REGLAMENTOS Y QUÉ PRECAUCIONES HABRÁ QUE TOMAR PARA ELLO.

En el contexto de lograr la incorporación de personas usuarias de los servicios y personas en situación de discapacidad en los equipos de acompañamiento terapéutico y de recuperación, que se menciona en el art. 5 del título I de la Ley, uno de los desafíos que se plantean es generar campañas de sensibilización entre distintos grupos profesionales, usuarios y familiares.

5. ASPECTOS QUE LA LEY OMITE O DEJA EN VACÍO.

No se identificaron en la sesión.

6. CONTRAPOSICIONES O CONTRADICCIONES EN EL CONTENIDO EN LA LEY Y CON OTRAS LEYES (INCONGRUENCIA JURÍDICA).

No se identificaron en la sesión.

7. IMPLICANCIAS PARA LAS INSTITUCIONES.

Respecto a lograr una **atención interdisciplinaria**, de la cual se habla en el Art. 5 del Título I de la Ley, algunas de las brechas a las que nos enfrentamos actualmente para lograr aquello se relacionan con la formación interdisciplinaria y educación interprofesional que existe en los centros de estudio, junto con que las y los estudiantes y profesionales interesados en salud mental, lo que implica que tienen que formarse en práctica y/o aplicando el ensayo y error para poder insertarse laboralmente en el campo de la salud mental y psiquiatría; por tanto, como desafío se plantea la incorporación en los planes de estudio en diferentes temáticas: modelo de determinantes sociales, enfoque en derechos de género, pobreza multidimensional, vulnerabilidad y exclusión social, particularidades y necesidades de grupos específicos. Así también, generar una definición clara de roles y funciones, donde se verifique primeramente en la práctica las funciones con el fin de responder a la demanda social de la enfermería a nivel país y de esta manera identificar competencias y establecer un perfil profesional adecuado. Lo anterior también forma parte de la innovación curricular.

En lo que respecta a lograr la incorporación de personas usuarias de los servicios y personas con discapacidad en los equipos de acompañamiento terapéutico y de recuperación, mencionado en el mismo artículo, las brechas que se presentan son la existencia de condiciones que permitan el intercambio teórico y práctico en la relación docente-asistencial en las prácticas clínicas de estudiantes en dispositivos de salud mental, donde se suele ver una sobreprotección tanto a usuarios/as como estudiantes, pues existen temores y desconfianzas; así también una brecha es la intervención de estudiantes con usuarios/as y familias, donde los desafíos que se plantean es la incorporación de la perspectiva del usuario (Modelo recovery) en la formación de estudiantes y también generar alianzas estratégicas entre instituciones de salud y formación.

Otra brecha son los contenidos y escenarios formativos no apropiados para conocer y valorar el modelo comunitario, donde los desafíos se relacionan con transformar programas de formación que sean sinérgicos con el diseño de la red; políticas de negociaciones y acuerdos para lograr bases de apoyo entre profesionales, usuarios y familiares; y relevar el autocuidado en la formación de salud mental, valorando y fomentando el autocuidado de la persona profesional de enfermería desde los primeros semestres de la carrera.

8. OTRO ASPECTO RELEVANTE ABORDADO EN LA SESIÓN.

El trabajo es una de las actividades más importantes realizadas por las personas, permite intercambio social y desarrollo de capacidades, contribuye en el desarrollo de la autosuficiencia e identidad personal y colectiva, además de ser una de las actividades a las que dedicamos más tiempo en nuestra vida. Particularmente el trabajo en salud permite desarrollarse en múltiples escenarios, según los distintos tipos de prestadores, orígenes y niveles de atención. Además, se recalca la diferencia entre trabajar en dispositivos de salud

y en dispositivos de salud mental, pero también como un mismo trabajador/a puede pasar por distintos roles en el trabajo en salud de manera simultánea.

El trabajo en salud mental en mujeres, se reproduce la división sexual del trabajo, lo que produce mayor precarización en mujeres y mayores problemas de salud, por lo que las mujeres presentan mayor nivel de estrés y consumo de psicotrópicos.

Con relación a los cuestionamientos críticos, es central no olvidar la situación de salud mental, su contexto y cuál ha sido el rol de las distintas profesiones, siendo considerado como un proceso complejo. Además de cómo nos relacionamos como sistema de salud con los pueblos originarios y comunidades más precarizadas.

También es importante cuestionar el cómo a través del ejercicio profesional, se han realizado violaciones a los derechos humanos a través de la psicopatología y las prácticas psicosociales invalidantes.

Para lograr incorporar experiencias significativas en la formación, se propone generar mecanismos de participación internos, formación en torno a resolución de problemas reales, actividades de diálogo entre la academia, usuarios, familiares y expertos por experiencia, prácticas integradas donde se incorpore a comunidades y territorios en una relación que tienda más a lo simétrico y también generar instancias de trabajo colaborativo y cooperativo.

Se menciona que el cambio social generado los últimos años es un paso para terminar con el predominio de la cultura autoritaria.

Para lograr pasar en la formación desde lo individual a lo colectivo se propone entender el trabajo en salud como oficio y profesión, con el fin de sentir la necesidad del otro, de pensar en conjunto y tener la convicción de que se puede generar algo mejor. Por tanto, los cambios deben surgir desde las personas e ir de la mano con organizaciones, territorios, etc.