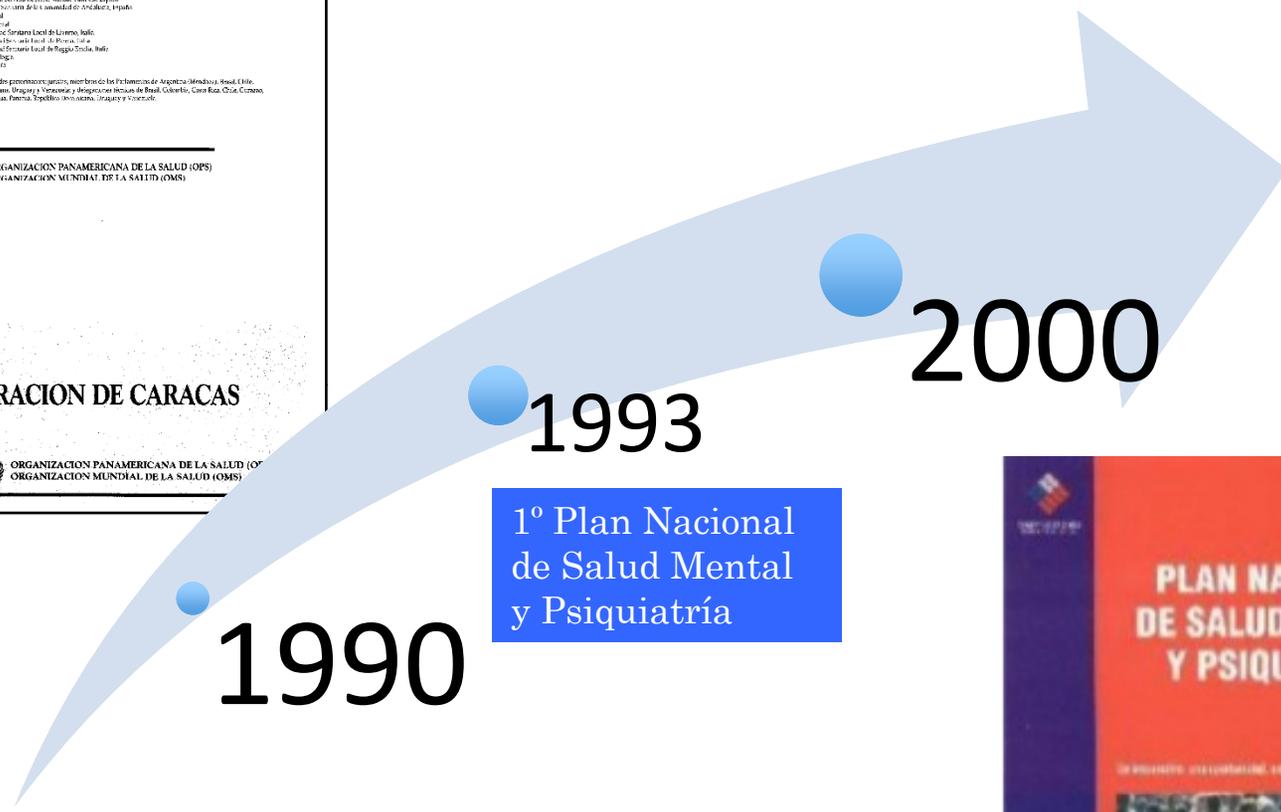
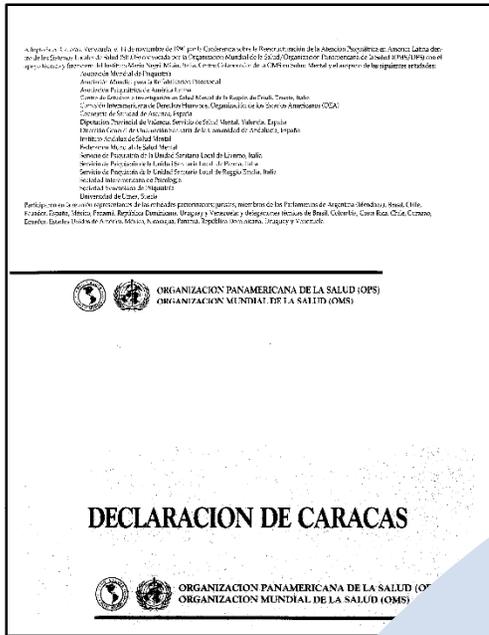
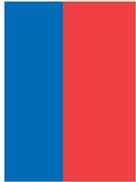


Salud Mental en Chile y legislación en Salud Mental



Gobierno
de Chile

Dr. Mauricio Gómez Chamorro
Departamento de Salud Mental
DIPRECE
Subsecretaría de Salud Pública
MINSAL
Septiembre 2016

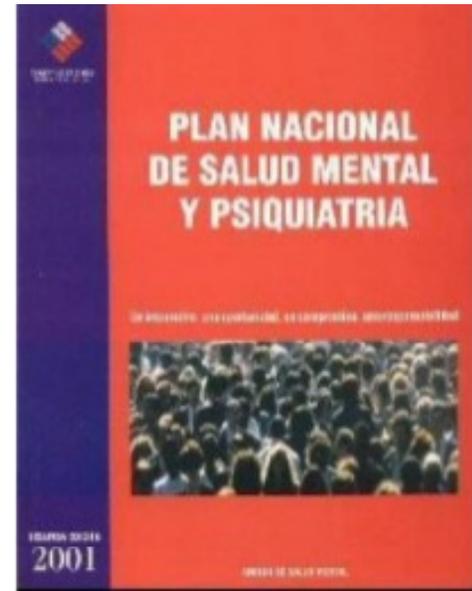


1990

1993

2000

1º Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría

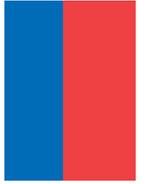




SOBRE EL DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL



Punto de partida



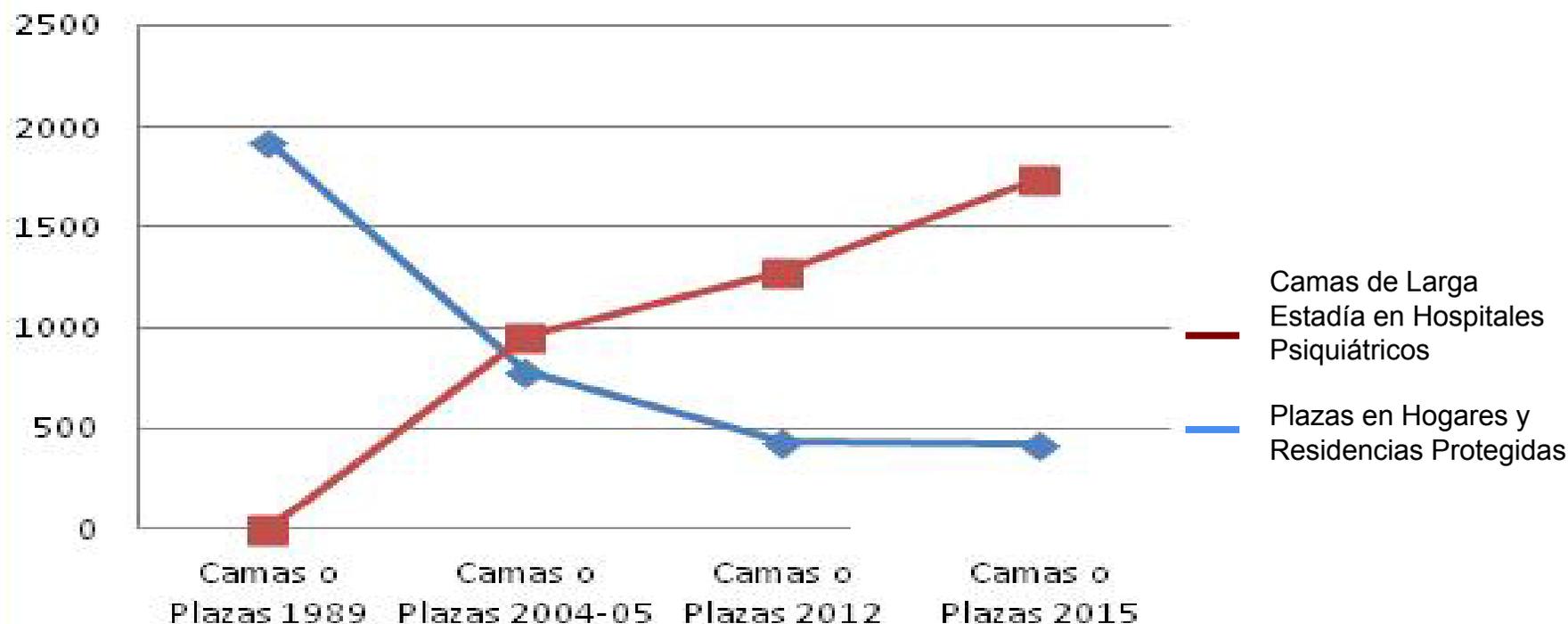
- En los años 90 los servicios de salud mental estaban principalmente centrados en los 4 hospitales psiquiátricos.
- Concentraban el 80% de las camas, y el 70% de ellas eran de larga estadía, promedio 20 años de permanencia.
- El 80% de las personas que ahí vivían no requerían del hospital sino de apoyos para vivir fuera de la institución, en razón de su discapacidad y falta de apoyo social.
- Cerca del 90% del presupuesto de la salud mental (1%) estaba ahí destinado.
- La población general disponía de una muy escasa oferta de atención de salud mental, sin participación de APS.



RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA



DESINSTITUCIONALIZACIÓN



- Se ha reducido significativamente el número de personas viviendo en hospitales psiquiátricos.
- Se han creado numerosas plazas en dispositivos de apoyo residencial (Hogares Protegidos y Residencias Protegidas).

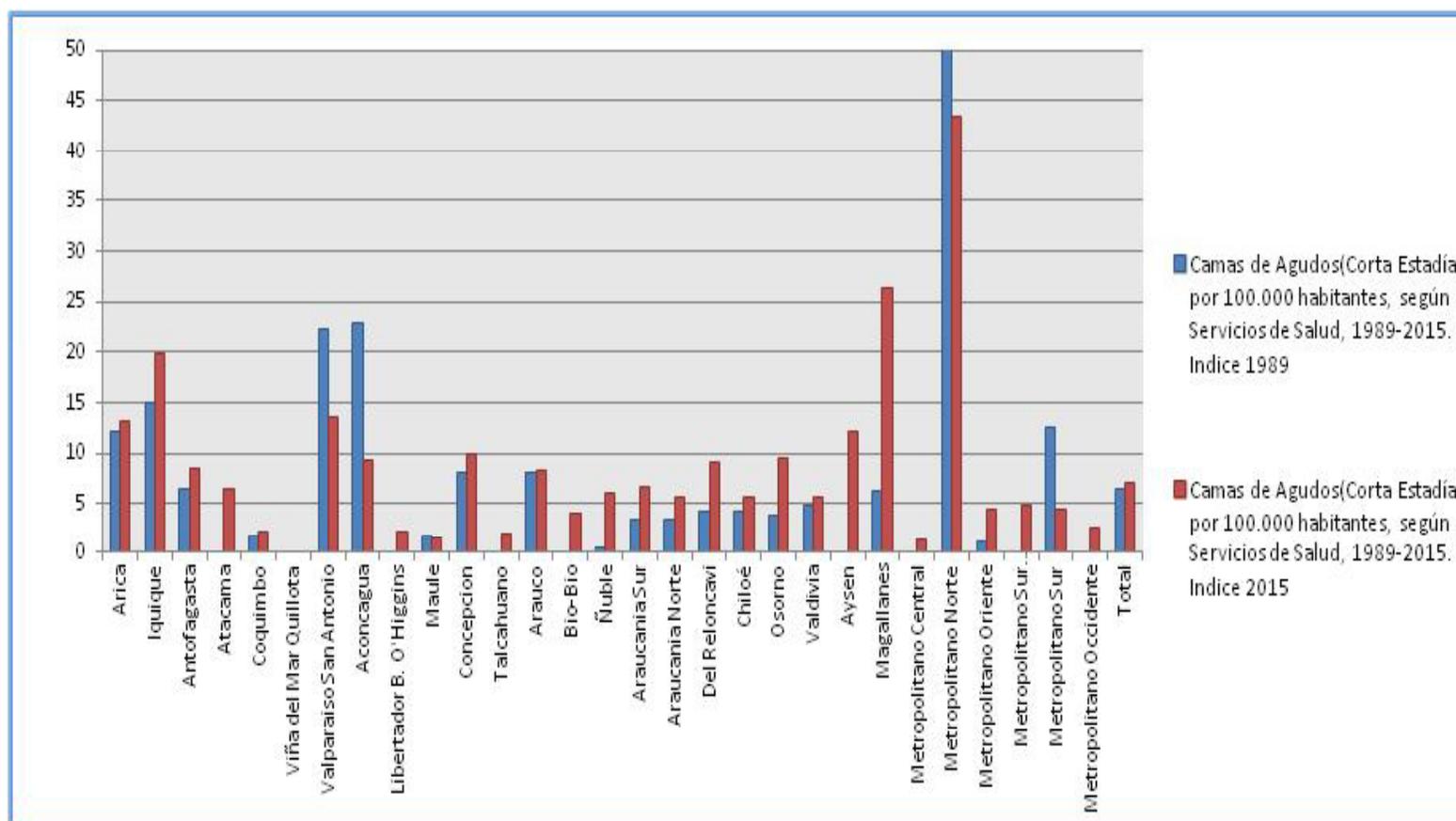




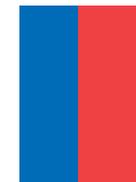
CAMAS PSIQUIÁTRICAS PARA PACIENTES AGUDOS

(Tasas x 100.000)

- Hemos reducido las localizadas en hospitales psiquiátricos
- Hemos aumentando las disponibles en hospitales generales
- Hemos mejorado su distribución geográfica a lo largo del país



EVOLUCIÓN DE RECURSOS EN SALUD MENTAL 1989-2015

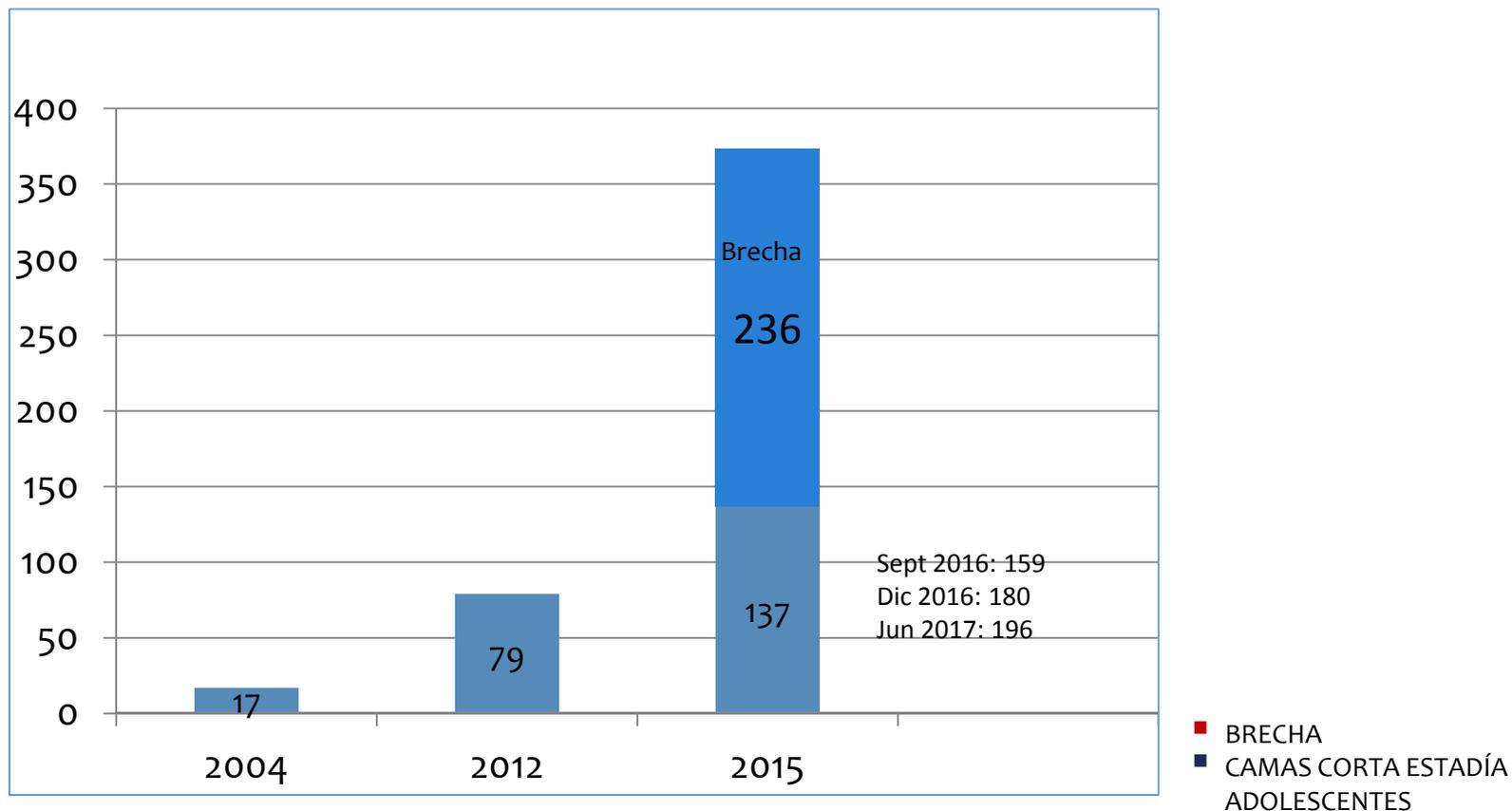


| | Año 1989 | | Año 2015 | |
|---|--|----------------|--|------------------------|
| | Nº de Camas | Indice | Nº de Camas | Indice |
| Camas de Agudos (Corta Estadía) por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud. | 843 | 6,5 | 950 | 7,13 |
| Camas de Crónicos (Larga Estadía) por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud. | 1926 | 14,86 | 428 | 3,21 |
| Plazas de Hogares y Residencias Protegidas por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud. | 0 | 0 | Nº de Plazas (2014) 1737 | Indice (2014) 13,04 |
| Jornadas Completas de Psiquiatras por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud. | Nº de Psiquiatras 112 | Indice 0,86 | Nº de Psiquiatras (Adulto- Adolescente) 296 | Indice 2,22 |
| Jornadas Completas de Enfermeras por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud. | Nº de Enfermeras 69,25 | Indice 0,53 | Nº de Enfermeras 110 | Indice 0,83 |
| Jornadas Completas de Psicólogos por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud. | Nº de Psicólogos 55 | Indice 0,42 | Nº de Psicólogos 642 | Indice 4,82 |
| Jornadas Completas de Asistente Social por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud. | Nº de Asistente Social 32,25 | Indice 0,25 | Nº de Asistente Social 282 | Indice 2,12 |
| Jornadas Completas de Terapeuta Ocupacional por 100.000 habitantes, según Servicios de Salud. | Nº de Terapeuta Ocupacional 42,5 | Indice 0,33 | Nº de Terapeuta Ocupacional 145 | Indice 1,09 |



DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN SM INFANTO ADOLESCENTES

BRECHAS CAMAS CORTA ESTADÍA ADOLESCENTES

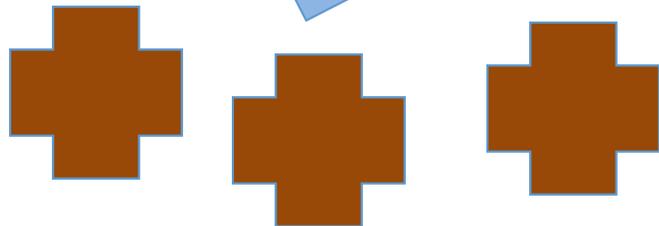
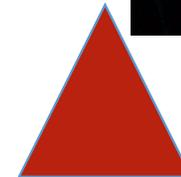
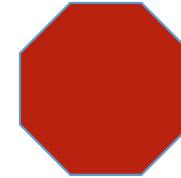
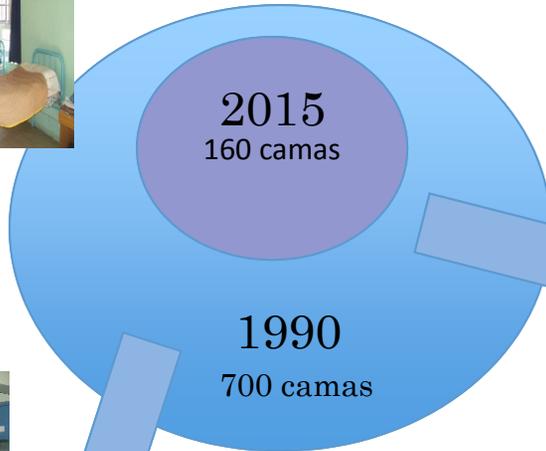
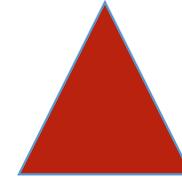
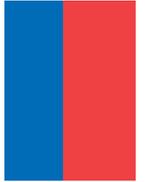


Fuentes:

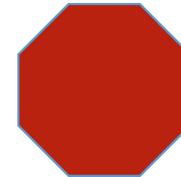
- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, MINSAL, 2000.
- WHO-AIMS, Sistema de Salud Mental de Chile, MINSAL, 2014.
- Informe Situación Actual de la Red de Servicio de Salud Mental (en desarrollo), MINSAL 2016.
- Informe Grupo de Trabajo Ley de Salud Mental para Chile, MINSAL, 2015.



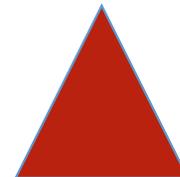
Proceso de Reconversión del Hospital Psiquiátrico EL PERAL en la Red de Servicios de Salud Mental



Unidades de Corta Estadía en Hospitales Generales

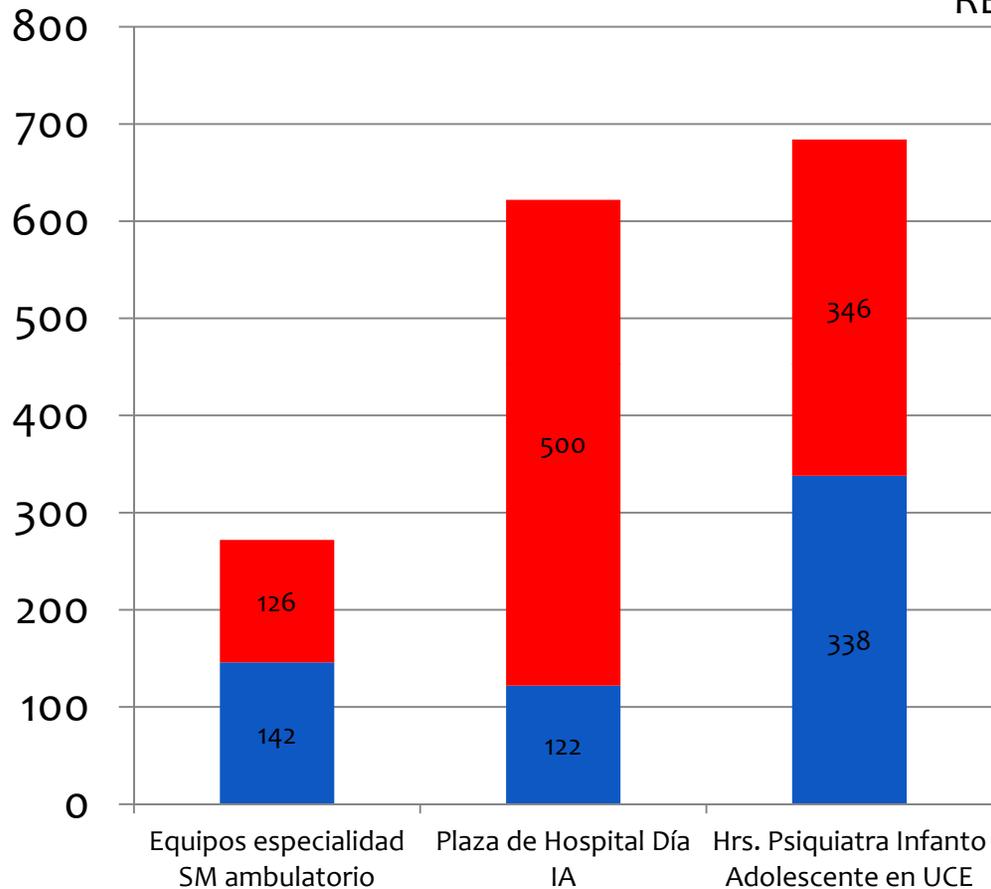


Hogares y Residencias Protegidas



DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL IA SEGÚN ESTÁNDARES PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL 2000

RECURSOS Y BRECHAS EN SALUD MENTAL



■ BRECHA
■ CANTIDAD EXISTENTE

| ESTÁNDAR | |
|---|------------------------------------|
| EQUIPO ESPECIALIDAD SM AMBULATORIO | 1 EQUIPO CADA 50.000 BENEFICIARIOS |
| PLAZAS DE HOSPITAL DÍA ADOLESCENTES | 1 PLAZA CADA 6.000 ADOLESCENTES |
| PSIQUIATRA INFANTO ADOLESCENTE EN UCE INF AD. | 22 HORAS POR 10 PLAZAS |

Fuentes:

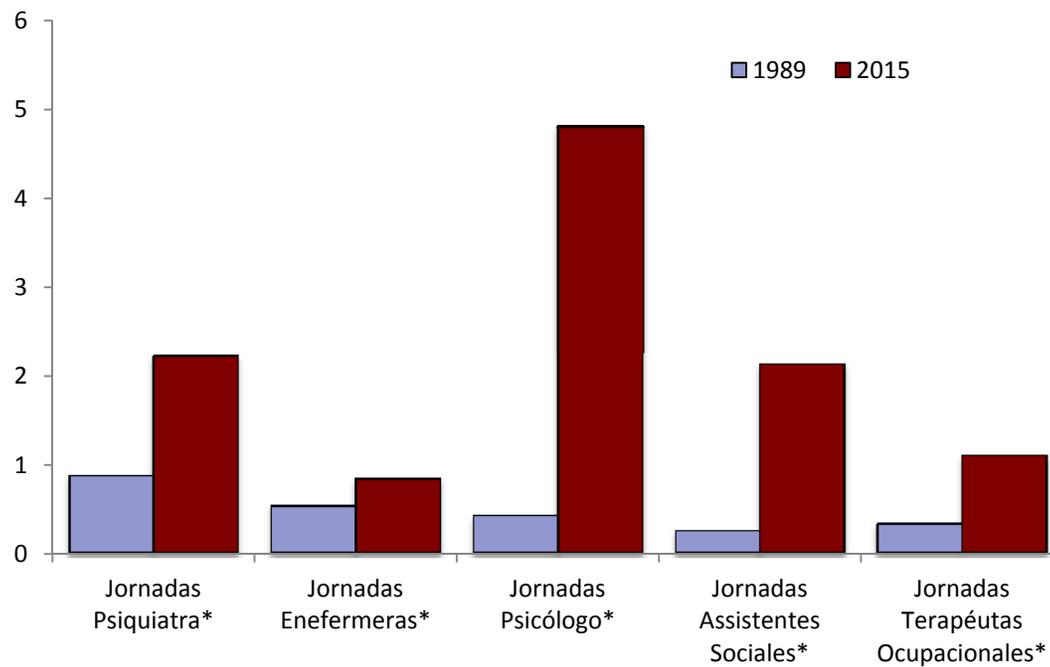
- Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, MINSAL, 2000.
- Informe Situación Actual de la Red de Servicio de Salud Mental (en desarrollo), MINSAL 2016.

RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL 1989-2015

(tasas x 100.000 hab.)



* *Jornadas completas*



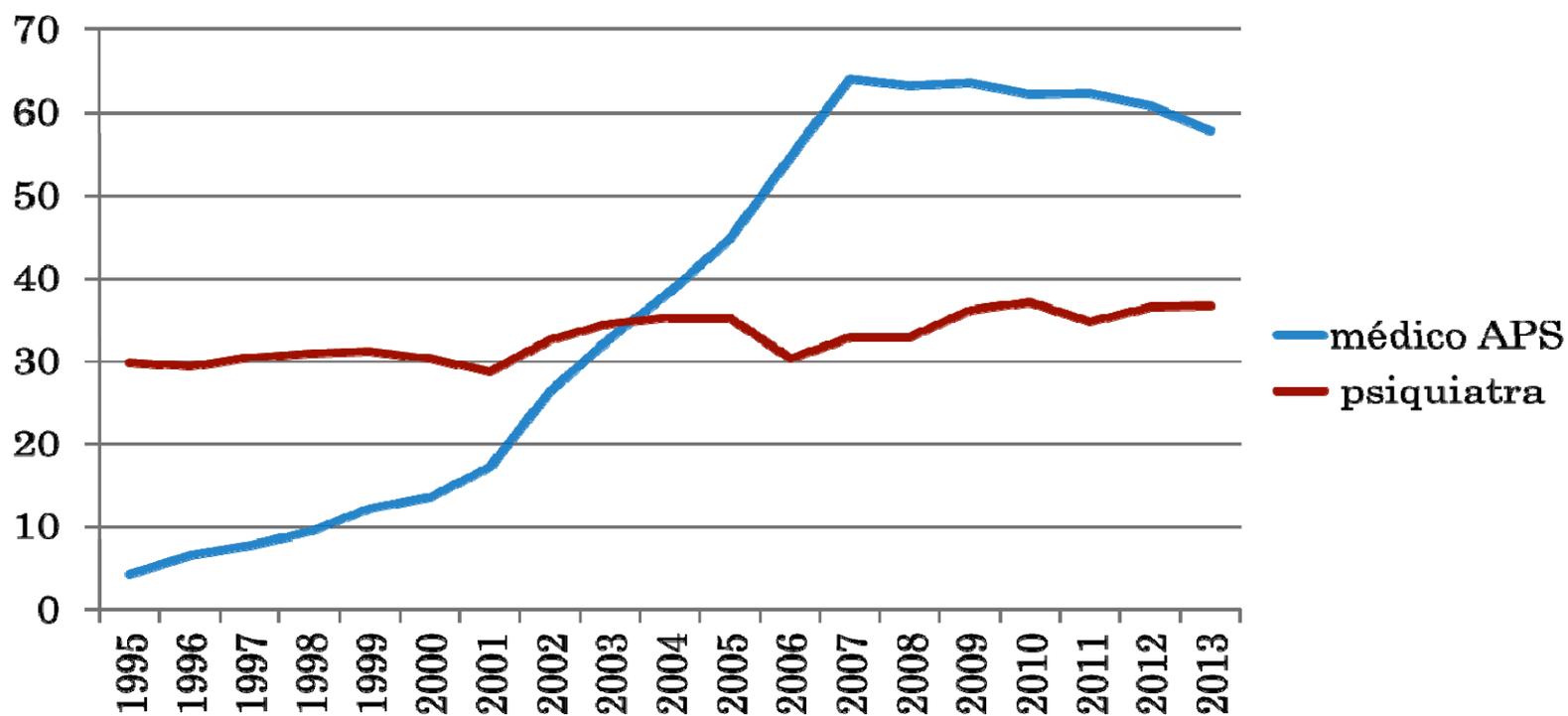
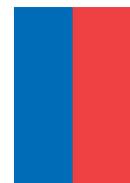
PROFESIONALES EN ETAPA DE FORMACIÓN Y PERIODO ASISTENCIAL OBLIGATORIO (PAO) ESPECIALIDAD PSIQUIATRÍA INFANTO ADOLESCENTES

| AÑO INGRESO | FORMACIÓN | PAO | TOTAL |
|--------------|-----------|-----------|------------|
| 2011 | 0 | 4 | 4 |
| 2012 | 3 | 3 | 6 |
| 2013 | 6 | 7 | 13 |
| 2014 | 22 | 10 | 32 |
| 2015 | 27 | 11 | 38 |
| 2016 | 26 | 9 | 35 |
| TOTAL | 84 | 44 | 128 |

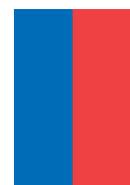
| PROFESIONALES POR SERVICIO DE SALUD Y ETAPA ACTUAL | | | |
|--|-----------|-----|-------|
| Servicio de Salud | Formación | PAO | Total |
| Aconcagua | 2 | 0 | 2 |
| Antofagasta | 1 | 1 | 2 |
| Araucanía Norte | 1 | 1 | 2 |
| Araucanía Sur | 3 | 0 | 3 |
| Arauco | 4 | 1 | 5 |
| Arica | 0 | 3 | 3 |
| Atacama | 1 | 2 | 3 |
| Bio Bio | 1 | 3 | 4 |
| Chiloé | 0 | 1 | 1 |
| Concepción | 5 | 2 | 7 |
| Coquimbo | 8 | 3 | 11 |
| Del Reloncavi | 1 | 1 | 2 |
| Iquique | 1 | 2 | 3 |
| Magallanes | 3 | 0 | 3 |
| Maule | 4 | 2 | 6 |
| Metrop. Central | 1 | 1 | 2 |
| Metrop. Norte | 1 | 0 | 1 |
| Metrop. Occidente | 9 | 1 | 10 |
| Metrop. Oriente | 6 | 0 | 6 |

Medida presidencial:
10 nuevos especialistas para Chile.

CANTIDAD DE CONSULTAS DE SALUD MENTAL ANUALES A MÉDICOS APS Y PSQUIATRAS X 1000 INSCRITOS EN CHILE 1995 A 2011 (MINSAL)

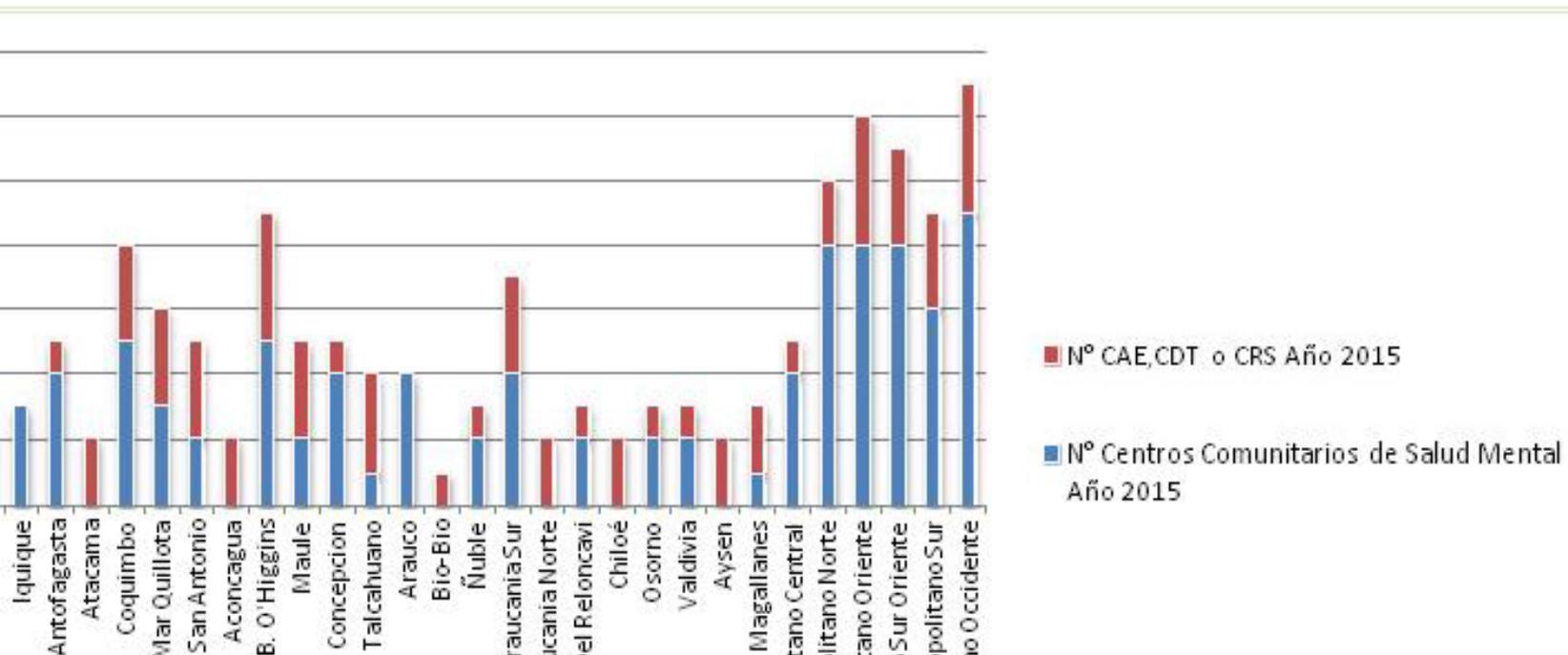
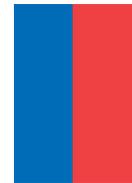


COMPARACIÓN DE INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE SALUD MENTAL EN APS ENTRE LOS AÑOS 2004 Y 2012 (WHO-AIMS)



| | 2004 | 2012 |
|---|-------|-------|
| % de centros APS con 1 o más psicólogos | 89,5% | 99,6% |
| Nº promedio de horas/semanales psicólogo por centro APS | 47,3 | 83,6 |
| % médicos capacitados en SM | 23,1% | 18,6% |
| % de centros APS con 1 o más médicos capacitados | 65,1% | 57,4% |
| % de centros APS con normas de SM | 89,0% | 92,3% |

ATENCIÓN AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL



Personas en control por problema de salud mental



| Concepto | | Total | | |
|--|---|----------------|----------------|----------------|
| | | Ambos Sexos | Hombres | Mujeres |
| Número De Pacientes En Control En El Programa APS y Especialidad | | 740.275 | 242.993 | 497.282 |
| Factores de Riesgo y Condicionantes de la Salud Mental | | | | |
| Violencia de Género | Victima | 36.810 | 2.083 | 34.727 |
| | Agresor | 8.898 | 6.784 | 2.114 |
| Violencia Hacia El Adulto Mayor | | 774 | 136 | 638 |
| Maltrato Infantil | | 11.213 | 6.015 | 5.198 |
| Abuso Sexual | | 2.704 | 765 | 1.939 |
| Consumo De Bajo Riesgo De Alcohol | Audit C: Hombres (4 O Menos Ptos) | 11.846 | 5.044 | 6.802 |
| | Audit : 7 O Menos Ptos | 4.743 | 2.760 | 1.983 |
| Consumo De Riesgo De Alcohol (Audit Entre 8 Y 15 Puntos) | | 9.320 | 7.224 | 2.096 |
| Consumo Riesgo De Drogas | | 4.611 | 2.887 | 1.724 |
| Diagnostico de Trastornos Mentales | | | | |
| Trastornos Del Humor (Afectivos) | Depresión Leve | 74.139 | 11.542 | 62.597 |
| | Depresión Moderada | 158.523 | 22.111 | 136.412 |
| | Depresión Grave | 30.973 | 5.815 | 25.158 |
| | Depresión Post Parto | 4.071 | 0 | 4.071 |
| | Trastorno Bipolar | 10.621 | 2.939 | 7.682 |
| Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debido A Consumo Sustancias Psicotropicas | Posible Consumo Perjudicial O Dependencia De Alcohol: Audit: 16 O Más Ptos. | 28.082 | 21.590 | 6.492 |
| | Otra Sustancia Como Droga Principal | 9.968 | 6.128 | 3.840 |
| | Policonsumo | 13.494 | 9.474 | 4.020 |
| Total | | 187.401 | 40.718 | 146.683 |

Coberturas de tratamiento

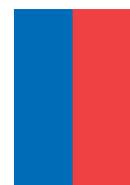


Cobertura global de tratamiento:

- Aproximadamente el 22% de las personas afectadas por un trastorno de salud mental.
- Depresión: 35%
- Esquizofrenia: 30%

Personas con Discapacidad Mental: 348.057

Restaciones de Rehabilitación tipo I y II



| PS | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------|---------|---------|--------|
| Programa | | Ambos Sexos | Hombres | Mujeres | 0 a 14 |
| Programa de Rehabilitación Tipo I | Número de Personas en Control en el Programa | 218 | 149 | 69 | 6 |
| Programa de Rehabilitación Tipo II | Número de Personas en Control en el Programa | 94 | 64 | 30 | 3 |

| Especialidad | | | | | |
|--------------|-----------|-------------|---------|---------|--------|
| Programa | | Ambos Sexos | Hombres | Mujeres | 0 a 14 |
| | Número de | | | | |

Hogares y Residencias Protegidas



Hogares Protegidos: 141

Residencias Protegidas: 42

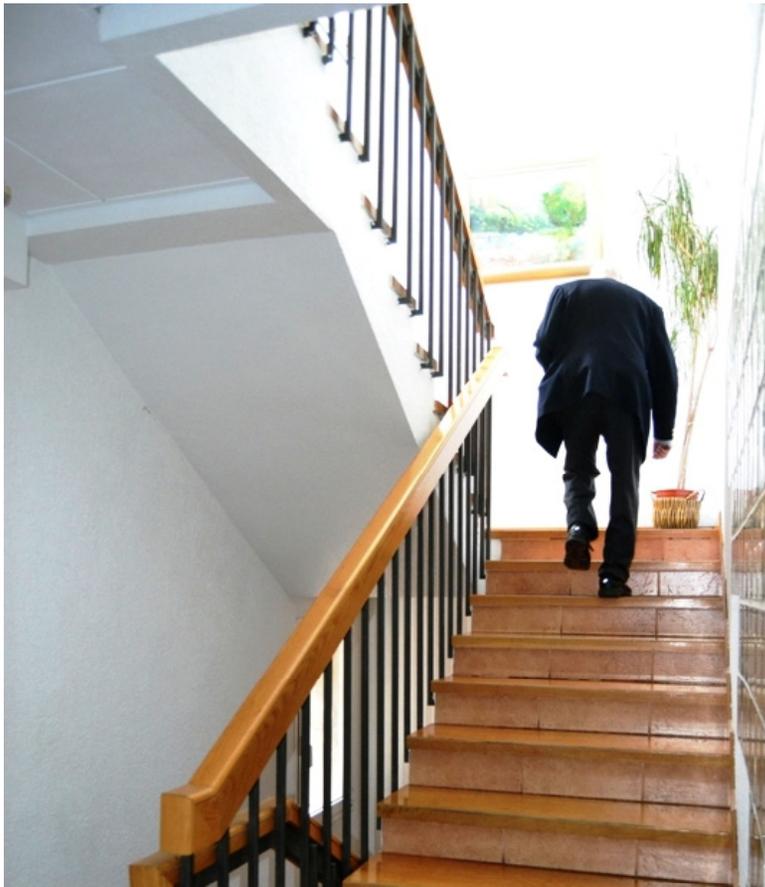
para un total de 1.737 personas.

CONAPREM, comisión nacional y regionales.



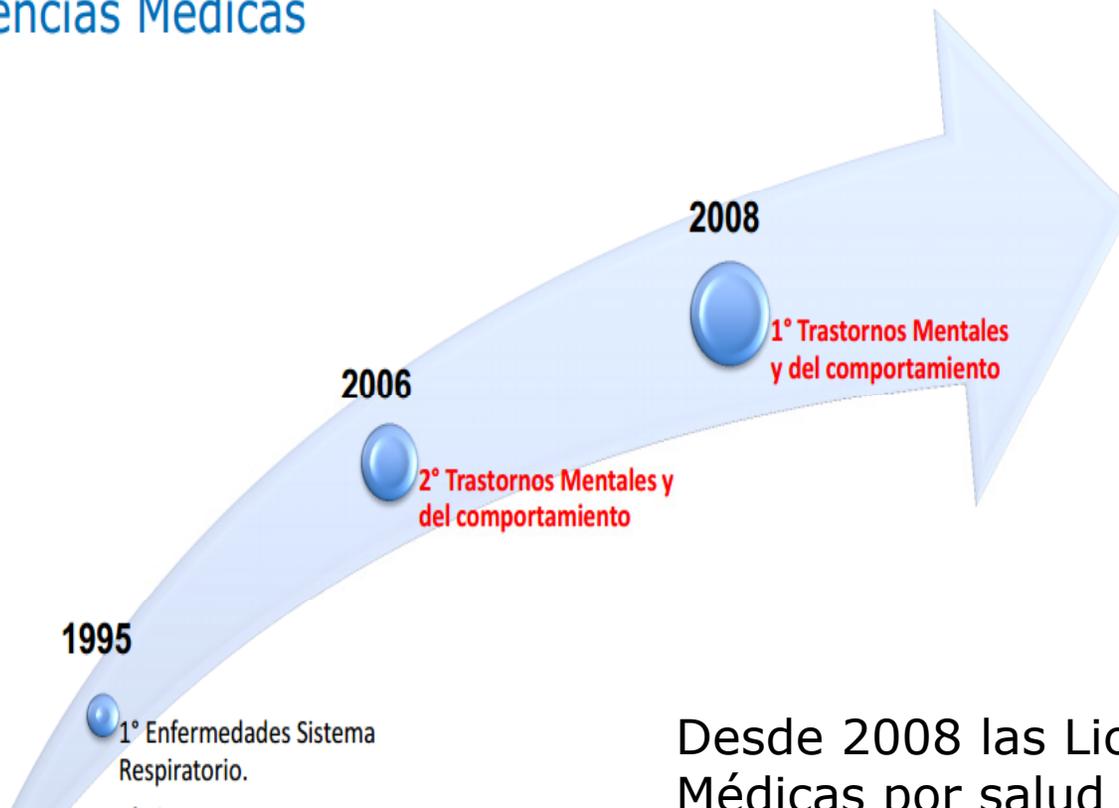
Funciones:

- Supervisar las hospitalizaciones involuntarias
- Supervisar tratamientos involuntarios
- Revisa indicaciones de psicocirugía y esterilizaciones forzosas
- Proponer normativas relacionadas con la protección de derechos
- Recepcionar reclamos



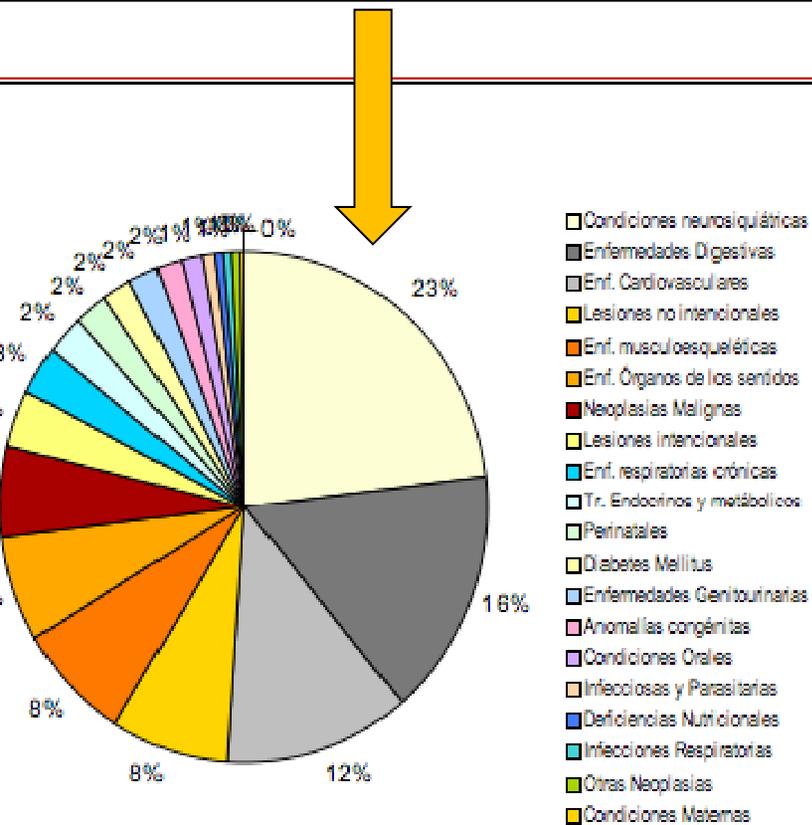
Hemos
mejorado,
pero
estamos a
mitad de
la
escala

Salud Mental Licencias Médicas



Desde 2008 las Licencias Médicas por salud mental

Estudio de Carga de Enfermedad / Chile



Condiciones neuropsiquiátricas acumulan 23% del total de la carga de enfermedad.

Estudio de Prevalencia de Patología Psiquiátrica/Chile, 4 ciudades década del 90. (15 años y más)

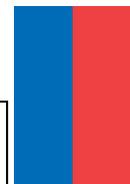


Tabla 2. Prevalencia de vida y 6 meses de los trastornos psiquiátricos en Chile según DSM-III-R

| | Masculino | | | | Femenino | | | | Total | | | |
|-----------------------------------|-----------|------|---------|------|----------|------|---------|------|-------|------|---------|------|
| | Vida | | 6 meses | | Vida | | 6 meses | | Vida | | 6 meses | |
| | % | EE** | % | EE** | % | EE** | % | EE** | % | EE** | % | EE** |
| Trastornos afectivos* | 9,8 | 1,1 | 4,9 | 0,7 | 19,7 | 1,6 | 10,7 | 1,2 | 15,0 | 1,1 | 7,9 | 0,8 |
| deprimido mayor | 6,4 | 0,7 | 3,0 | 0,5 | 11,3 | 1,1 | 6,0 | 0,6 | 9,0 | 0,6 | 4,6 | 0,4 |
| trastorno bipolar | 1,8 | 0,7 | 0,7 | 0,3 | 2,5 | 0,5 | 2,1 | 0,5 | 2,2 | 0,5 | 1,4 | 0,3 |
| estímia | 3,5 | 0,7 | 1,5 | 0,5 | 12,1 | 1,3 | 4,8 | 1,1 | 8,0 | 0,8 | 3,2 | 0,6 |
| Trastornos ansiosos* | 8,7 | 2,0 | 2,6 | 0,7 | 23,1 | 2,0 | 12,8 | 1,3 | 16,2 | 1,6 | 7,9 | 0,8 |
| trastorno de pánico | 0,7 | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 2,5 | 0,6 | 1,0 | 0,4 | 1,6 | 0,4 | 0,7 | 0,3 |
| agorafobia sin pánico | 6,0 | 1,4 | 1,5 | 0,5 | 15,9 | 1,9 | 8,5 | 1,4 | 11,1 | 1,4 | 5,1 | 0,8 |
| ansiedad generalizada | 0,9 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | 4,1 | 0,7 | 2,0 | 0,5 | 2,6 | 0,5 | 1,2 | 0,3 |
| síndrome de estrés posttraumático | 2,5 | 1,1 | 0,7 | 0,4 | 6,2 | 0,8 | 3,1 | 0,6 | 4,4 | 0,5 | 1,9 | 0,3 |
| Trastorno de sustancias* | 20,7 | 2,2 | 13,8 | 1,5 | 8,7 | 1,3 | 6,2 | 1,1 | 14,4 | 1,4 | 9,8 | 1,0 |
| abuso de alcohol | 6,2 | 1,4 | 3,5 | 0,7 | 1,2 | 0,4 | 0,7 | 0,3 | 3,6 | 0,8 | 2,0 | 0,3 |
| dependencia alcohol | 11,0 | 1,5 | 7,6 | 1,1 | 2,1 | 0,6 | 1,4 | 0,5 | 6,4 | 0,7 | 4,3 | 0,6 |
| abuso de drogas | 1,5 | 0,4 | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,9 | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| dependencia de drogas | 1,9 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 3,2 | 0,9 | 1,7 | 0,6 | 2,6 | 0,5 | 1,3 | 0,4 |
| dependencia nicotina | 4,0 | 0,8 | 1,4 | 0,7 | 3,7 | 0,9 | 1,6 | 0,8 | 3,9 | 0,5 | 2,9 | 0,5 |

36% ha tenido un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida

22,6% tuvo un trastorno

Prevalencia de trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes

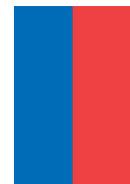
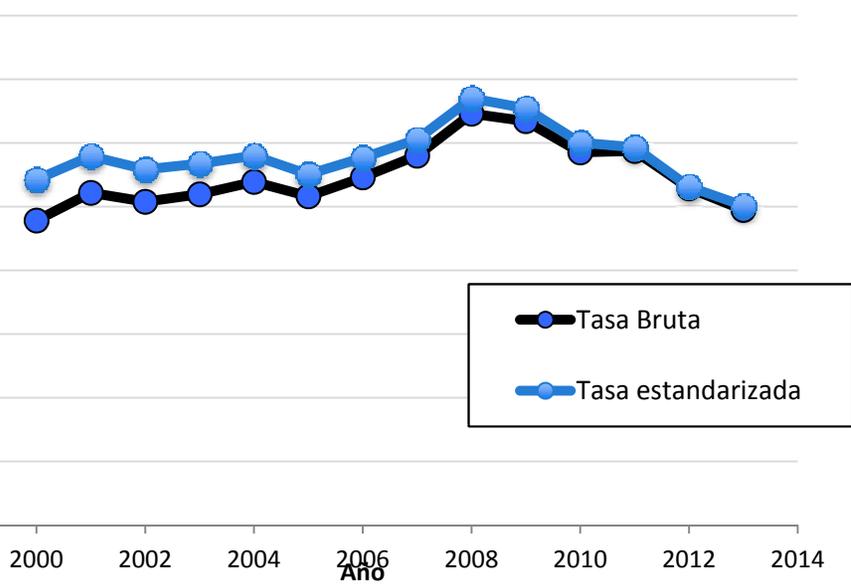
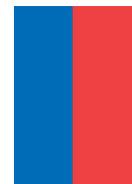


Tabla 1. PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (DSM-IV) EN EL ÚLTIMO AÑO + IMPEDIMENTO EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL (n = 1558)

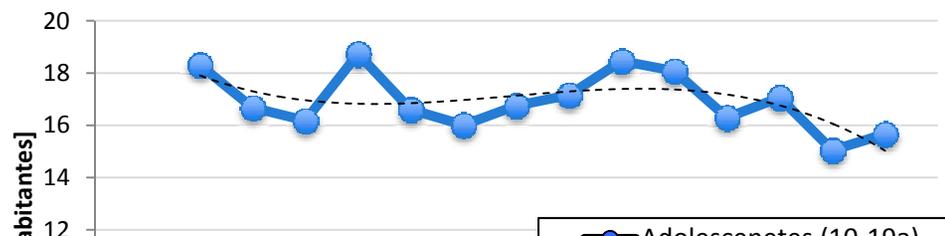
| Trastorno Psiquiátrico + Impedimento | TOTAL | | MASCULINO | | FEMENINO | | 4-11 AÑOS | | 12-18 AÑOS | |
|--------------------------------------|-------|------|-----------|------|----------|------|-----------|------|------------|------|
| | % | E.E. | % | E.E. | % | E.E. | % | E.E. | % | E.E. |
| Ansiosos | 8.3 | 0.9 | 5.8 | 0.9 | 11.0 | 1.7 | 9.2 | 1.1 | 7.4 | 1.4 |
| Defectivos | 5.1 | 0.9 | 3.2 | 0.9 | 7.1 | 1.8 | 3.5 | 1.1 | 7.0 | 1.5 |
| De comportamiento disruptivo | 14.6 | 1.1 | 13.5 | 1.3 | 15.8 | 2.3 | 20.6 | 2.1 | 8.0 | 1.7 |
| Uso de drogas | 1.2 | 0.4 | 1.4 | 0.5 | 1.1 | 0.5 | 0 | 0 | 2.6 | 0.8 |
| Malnutrición | 0.2 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.3 | 0.4 | 0.3 |

Evolución tasas de suicidio en Chile



La tasa global de suicidio subió de 2000 a 2008 para luego descender a tasas del 2000.

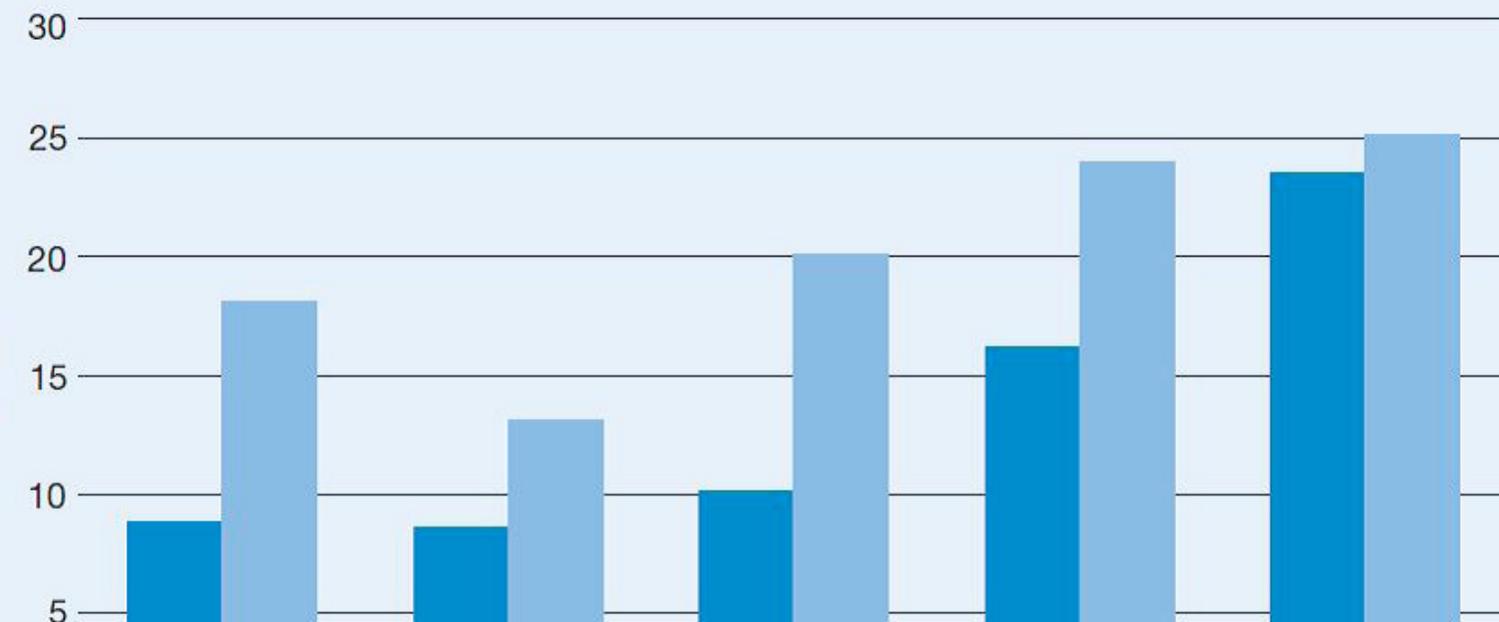
La prevalencia de suicidio adolescente ha



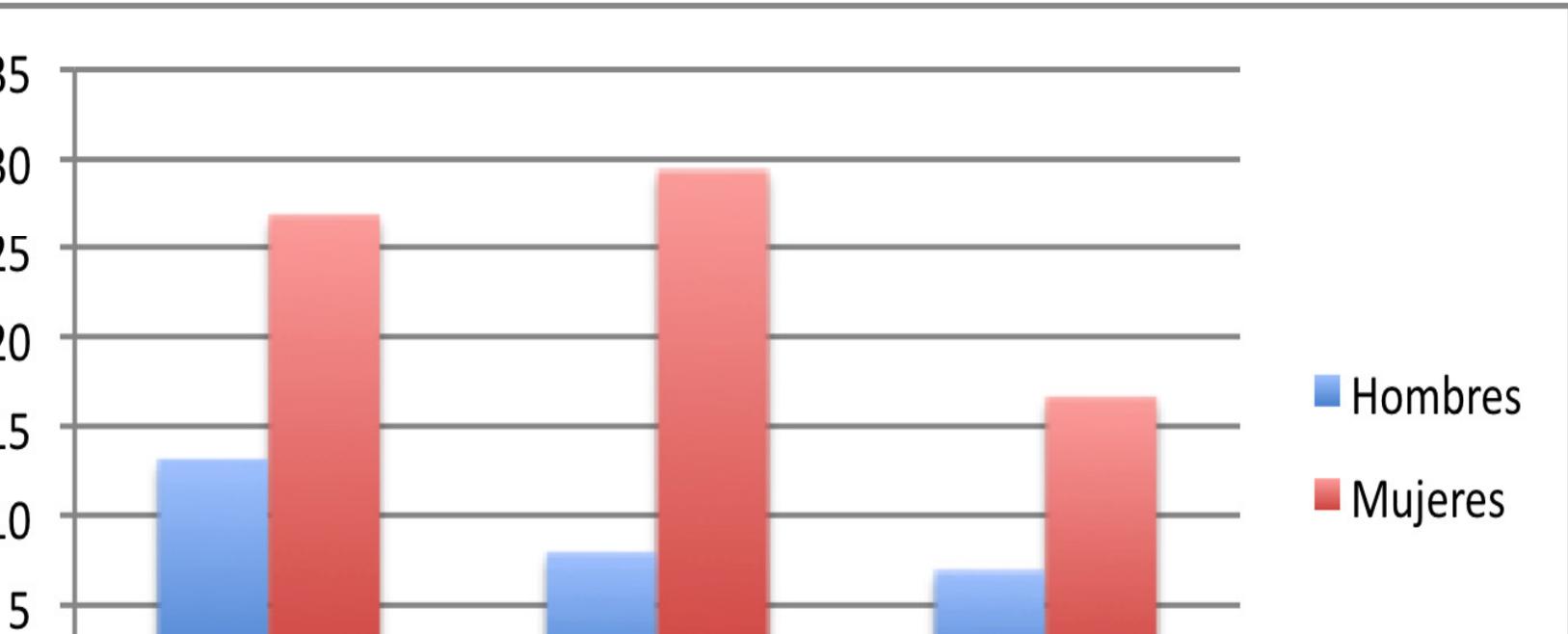
Prevalencia de trastornos mentales comunes, Inglaterra, 2007



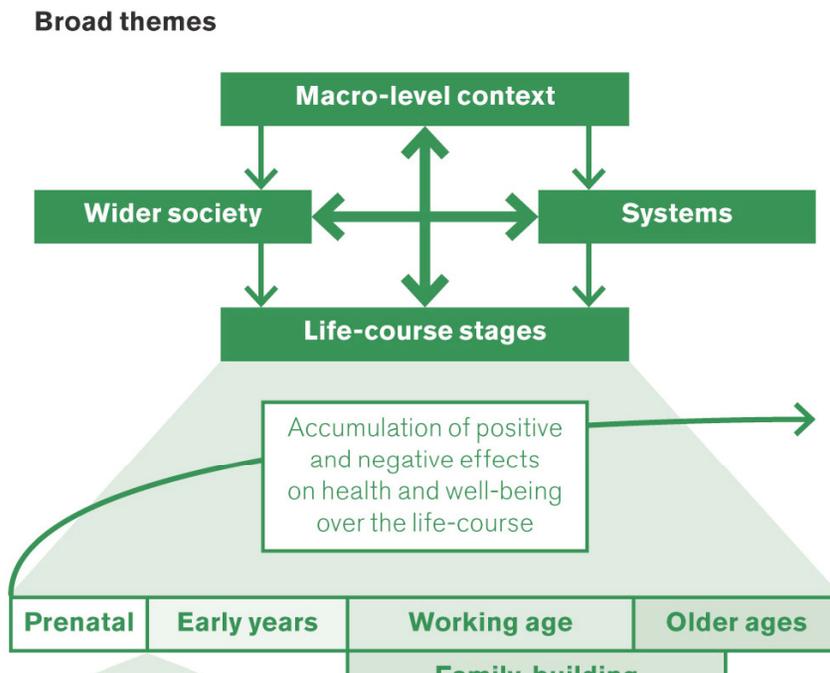
Base: all adults



Síntomas Depresivos Chile, 2010



Salud y salud mental en el curso de vida



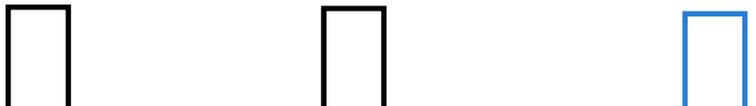
Problemas de Salud Mental
Alta Carga de Enfermedad
Alta prevalencia e incidencia
Alta comorbilidad



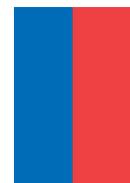
Modelo de Atención en Salud Mental



Alto impacto social y

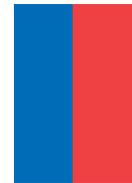


Presupuesto Salud Mental

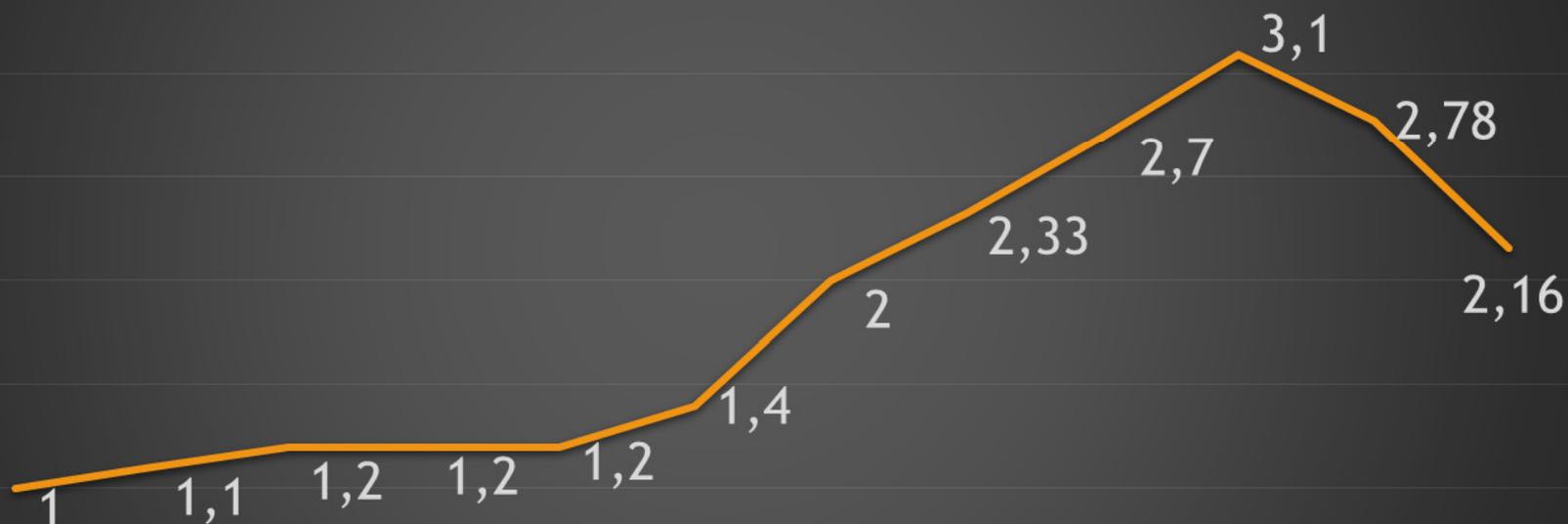


| Presupuesto de salud mental en el sistema público años 2010 - 2015, en relación al presupuesto total de salud. (IVAP, FONASA, Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes Asistenciales, SENDA) | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Presupuesto | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Presupuesto especialidad GES | \$ 4.277.420.000 | \$ 4.562.830.000 | \$ 7.094.193.000 | \$ 7.459.148.000 | \$ 8.457.366.000 | \$ 8.243.112.450 |
| Presupuesto especialidad no GES | \$ 27.719.967.000 | \$ 29.899.574.000 | \$ 48.131.994.000 | \$ 51.379.052.000 | \$ 55.159.053.000 | \$ 60.024.400.960 |
| Presupuesto Especialidad | \$ 31.997.387.000 | \$ 34.462.404.000 | \$ 55.226.187.000 | \$ 58.838.200.000 | \$ 63.616.419.000 | \$ 68.267.513.410 |
| Presupuesto para centros públicos de trto de drogas y alcohol | \$ 4.481.369.208 | \$ 5.564.309.451 | \$ 6.171.625.487 | \$ 10.276.442.012 | \$ 11.970.921.186 | \$ 15.324.130.917 |
| Presupuesto para centros privados de trto de drogas y alcohol | \$ 11.316.854.144 | \$ 12.896.345.580 | \$ 14.734.777.590 | \$ 18.963.741.549 | \$ 21.785.459.358 | \$ 23.295.349.605 |
| Presupuesto para centros de tratamiento de drogas y alcohol | \$ 15.798.223.352 | \$ 18.460.655.031 | \$ 20.906.403.077 | \$ 29.240.183.561 | \$ 33.756.380.544 | \$ 38.619.480.522 |
| Presupuesto de salud mental en APS | \$ 12.493.428.000 | \$ 14.007.942.000 | \$ 14.630.014.000 | \$ 16.047.904.000 | \$ 16.872.178.000 | \$ 18.675.457.000 |
| Presupuesto en APS, (ya incluido en SENDA público) | \$ 69.774.000 | \$ 327.720.000 | \$ 758.955.000 | \$ 1.198.928.000 | \$ 1.680.419.000 | \$ 2.375.338.000 |
| Presupuesto para adicciones | \$ 890.476.037 | \$ 1.059.341.714 | \$ 952.030.061 | \$ 1.022.392.340 | \$ 603.476.062 | \$ 682.823.350 |
| Presupuesto para adicciones de alcoholismo | \$ 139.991.000 | \$ 144.613.000 | \$ 148.663.000 | \$ 152.974.000 | \$ 156.338.000 | \$ 161.026.000 |
| TOTAL PARA SALUD MENTAL SIN SENDA | \$ 45.521.282.037 | \$ 49.674.300.714 | \$ 70.956.894.061 | \$ 76.061.470.340 | \$ 81.248.411.062 | \$ 87.786.819.760 |
| TOTAL SENDA | \$ 15.798.223.352 | \$ 18.460.655.031 | \$ 20.906.403.077 | \$ 29.240.183.561 | \$ 33.756.380.544 | \$ 38.619.480.522 |
| TOTAL PARA SALUD MENTAL CON SENDA | \$ 61.319.505.389 | \$ 68.134.955.745 | \$ 91.863.297.138 | \$ 105.301.653.901 | \$ 115.004.791.606 | \$ 126.406.300.282 |
| TOTAL DE SALUD DEL SISTEMA PÚBLICO | \$ 3.331.429.547.000 | \$ 3.921.803.728.000 | \$ 4.301.644.923.000 | \$ 4.713.209.055.000 | \$ 5.217.428.088.000 | \$ 6.059.568.716.000 |
| TOTAL DE SALUD DEL SISTEMA PÚBLICO CON SENDA | \$ 3.347.227.770.352 | \$ 3.940.264.383.031 | \$ 4.322.551.326.077 | \$ 4.742.449.238.561 | \$ 5.251.184.468.544 | \$ 6.098.188.196.522 |
| DEL TOTAL DE SALUD PARA SALUD MENTAL | 1,83 | 1,73 | 2,13 | 2,22 | 2,19 | 2,07 |
| Presupuesto para Salud Mental sin fondo SENDA | 1,37 | 1,27 | 1,65 | 1,61 | 1,56 | 1,45 |

Curva Presupuestaria



Porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (%) (Fuente: Unidad Salud Mental Subsecretaría de Redes Asistenciales)



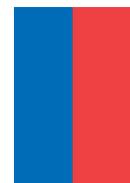
Desafíos



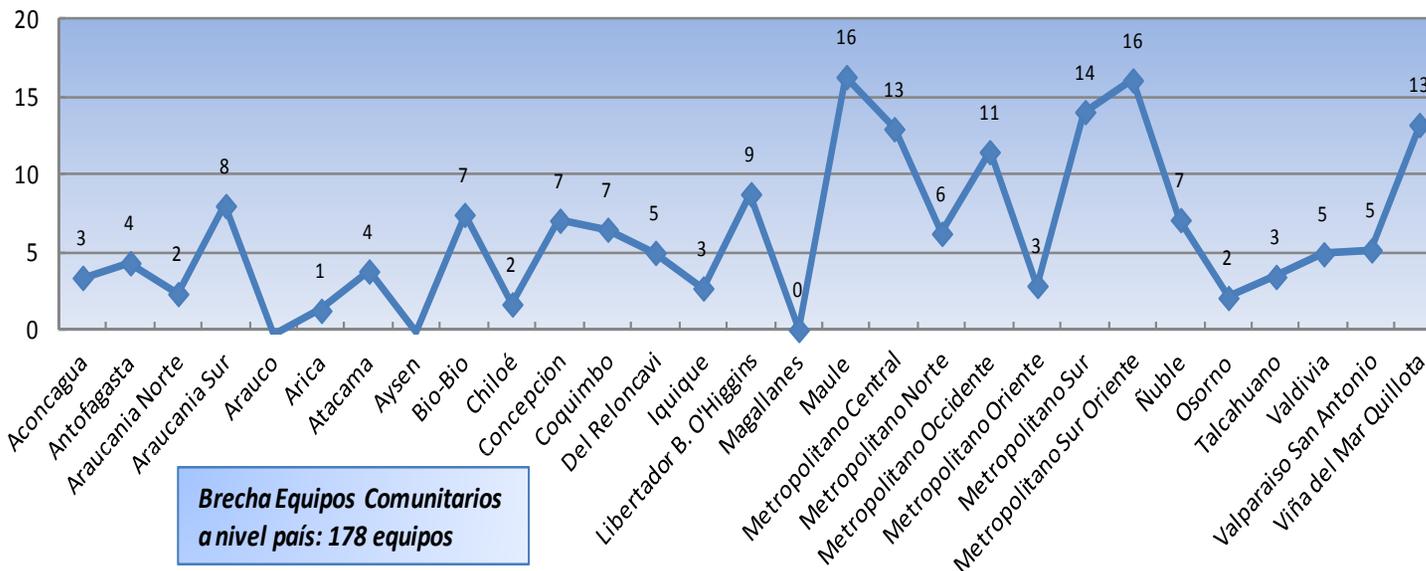
La APS requiere ser fortalecida para dar cuenta de la demanda de atención de SM en su nivel de complejidad

El país cuenta con cerca del 40% de los Centros de Salud Mental Comunitaria que requiere, se encuentran sobre exigidos en las coberturas de población a cargo.

Centros Comunitarios de Salud Mental



Brecha Equipos Comunitarios

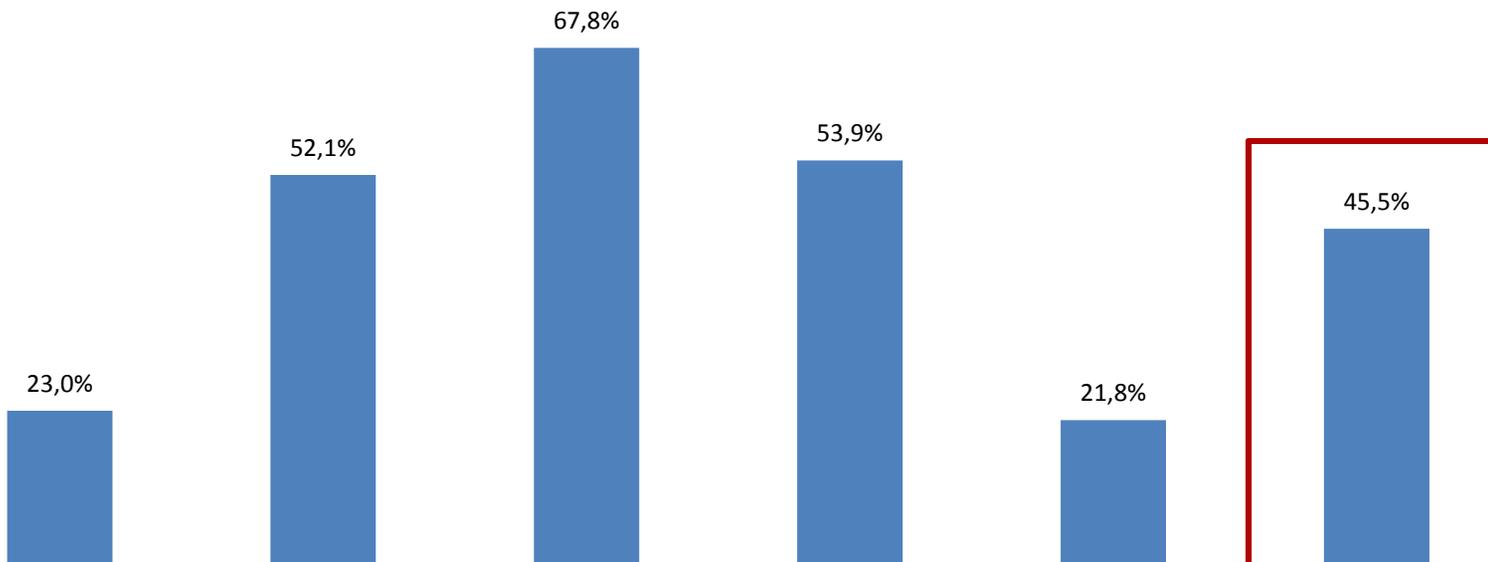


Desafíos



Proporción Cobertura sobre la Prevalencia

■ % Ajustado - Proporción Cobertura Prevalencia



Desafíos



Muchos Servicios de Salud no son autosuficientes en la satisfacción de sus necesidades de hospitalización.

Insuficiente oferta en salud mental infanto adolescente, cobertura priorizada para infancia y adolescencia bajo protección, poblaciones con necesidades especiales como Tr. del Espectro Autista y otras.

La disponibilidad de RRHH especializados de salud mental por SS es insuficiente y su distribución inequitativa.

Permanecen cerca de 400 personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos, y muchas más en instituciones informales



Normativas Vinculantes del Derecho Internacional



Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad

- Conservación de la capacidad legal
- No discriminación
- Derecho a la integridad y la fertilidad
- Apoyo al ejercicio de los derechos y no a la sustitución en su ejercicio (interdicción)
- Derecho a vivir en comunidad y no en instituciones

Convención contra la tortura y otros crueles inhumanos y degradantes

- No a la privación de libertad en instituciones

Normativas



Código Civil

- no reconoce la capacidad legal por “demencia”, término obsoleto que comprende la “locura, insanía o demencia”
- no contempla mecanismos de apoyo al ejercicio de ésta
- establece la interdicción como mecanismo único

Reglamento 570 relativo a la hospitalización psiquiátrica, actualiza el reglamento general de enfermos de 1927, sin modificar el código sanitario de ese año, en lo esencial se acoge a los Principios

Ley de Derechos y Deberes en Salud (2012), no armoniza las normativas en materia de discapacidad mental a los estándares actuales en discapacidad de la CDPD.



- Limita el derecho a la información clínica a PcD
- Hospitalización involuntaria, definida por organismo no autónomo de la autoridad sanitaria, sin salvaguardas adecuadas
- Consentimiento y tratamiento involuntarios, puede ser vulnerado sin salvaguardas adecuadas
- Procedimientos irreversibles de esterilización y psicocirugía, pueden realizarse en personas sin capacidad de consentir



Ley 18.600 de discapacidad intelectual,

Interdicción "express"

Contratación laboral con sueldo inferior al mínimo legal.

En proceso de modificación legislativa.

Ley 20.422 de Igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, armónica en lo

general con la CDPD pero:

No modificó otras leyes relacionadas (Código Civil, Ley de Derechos y Deberes en Salud, Ley 18.600).

Nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría



Lineamientos

Regulación y Derechos Humanos

Provisión de Servicios de Salud Mental

Financiamiento

**Monitoreo, Evaluación y Mejora Continua de la
Calidad**

Recursos Humanos y Formación

Legislación de Atención en Salud Mental



Diez Principios Básicos de la Legislación de Atención en Salud Mental

Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

Acceso a atención básica en salud mental

Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente

Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental

Autodeterminación

Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación

Existencia de procedimientos de revisión

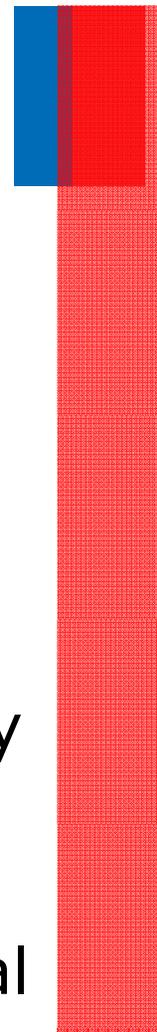
Mecanismo de revisión periódica automática

Legislación de Salud Mental



“La legislación de salud mental es más que legislación de “atención y tratamiento”. Proporciona un marco legal para enfrentar cuestiones cruciales de salud mental, como el acceso a tratamiento, rehabilitación y seguimiento, la plena integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad.”

Legislación de Salud Mental



Tema abordado por el Departamento de Salud mental

- Estudio sobre Legislación chilena y salud mental (2008) Abogada Soledad Cisternas
- Estudio comparado de leyes de Salud Mental y brechas de legislación en Chile (2015) Abogada Erika Díaz
- Informe Grupo de Trabajo Ley de Salud Mental Chile (2016)

Conclusiones Grupo de Trabajo Ley de Salud Mental



. Chile tiene una alta prevalencia de trastornos mentales, cerca de un 20% de la población presenta una enfermedad mental diagnosticable en los últimos 12 meses.

. Los trastornos mentales son la primera causa de carga de enfermedad y años de vida perdidos para la salud, principalmente por discapacidad, determinando el 24% de ellos.

. Chile es deficitario en políticas de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales e inclusión social de las personas

El cambio de modelo de atención impulsado por la política ministerial en los últimos 25 años ha tenido importantes avances. Sin embargo, la falta de apoyo presupuestario suficiente y las inconsistencias en su aplicación en los distintos territorios determina la persistencia de diversas brechas de instalación de la salud mental alineada al modelo de salud familiar y comunitaria.

La cobertura global de atención de las personas con trastornos mentales en atención primaria y especialidad no supera el 20%, siendo el promedio en países de medianos ingresos el 40%.

El porcentaje del presupuesto de la salud que se destina a salud mental no supera el 1,56% (2014), subiendo al 2,19 si se consideran los aportes de SFNDA a la atención en convenio con centros



La brecha de servicios de salud mental de especialidad, tanto de centros ambulatorios especializados comunitarios, hospitales de día y unidades de hospitalización en hospitales generales se estima de un 30%, y se requiere al menos duplicar los recursos disponibles para satisfacer las necesidades de la población en sus territorios, con una cobertura de al menos 40% de las personas afectadas.

La atención de salud mental debe tomar en consideración las necesidades de poblaciones especialmente vulnerables, ej. población privada de libertad, niños, niñas y adolescentes sujetos de protección a pueblos originarios, y trabajar intersectorialmente para ello.

En la modalidad de libre elección del seguro público (FONASA),



0. Las licencias médicas del sistema público por salud mental dan cuenta del 27% de los días totales de licencias autorizados y del 30% del gasto total de las licencias médicas.

1. Estas cifras reflejan la desproporción entre la magnitud del problema y los recursos dispuestos por el Estado para abordar los problemas de salud mental de la población.

2. En el sistema ISAPRE la atención de salud mental de sus beneficiarios enfrenta graves restricciones de cobertura en atención ambulatoria, hospitalización, medicamentos y está fuera de las alternativas para enfermedades catastróficas. Los datos revelan que la salud mental resulta subconsiderada frente a la bonificación de otros



3. En el sistema ISAPRE, en el periodo de seis años se autorizó en promedio sólo un 46,7% de días del total de días solicitados por licencia por salud mental, mientras que, para las licencias no mentales, se autorizó en promedio 80,5% de los días solicitados. En el sistema ISAPRE las licencias de salud mental dan cuenta del 21,2% del total del costo de las licencias.

4. Si bien muchas personas han egresado de los hospitales psiquiátricos a vivir a la comunidad con sus familias o en hogares y residencias protegidas, persisten centenares de personas institucionalizadas en hospitales mentales sin recibir los apoyos necesarios para su inclusión social, y muchas más se encuentran en condiciones de institucionalización informal, abiertamente violatorias de sus derechos.

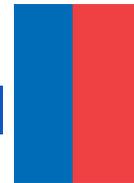


6. La legislación nacional en materia de salud mental, discapacidad y derechos humanos es contradictoria, no está actualizada a los estándares internacionales y se encuentra en deuda con los compromisos asumidos al suscribir la Convención de Derechos Humanos de la Personas con Discapacidad. Dichas normativas afectan el derecho a conservar y ejercer la capacidad legal, a la salud, a la integridad, a la salud sexual y reproductiva, a la no discriminación, a la libertad y a la vida en comunidad.

7. En Chile no se cuenta con un organismo de monitoreo y revisión para la supervisión del respeto de los derechos de las personas con enfermedad, con autonomía y facultades acordes a los estándares internacionales en la materia.



Lineamientos para una Ley de Salud Mental



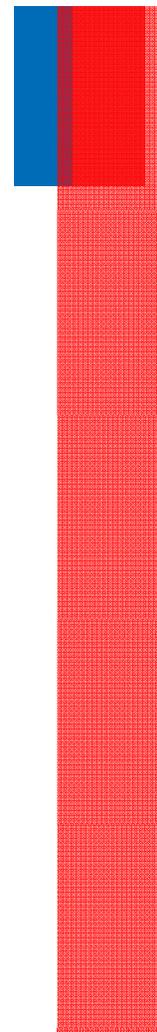
Armonizar las leyes a los estándares de DDHH de CDPD

Consolidación, coherencia y fortalecimiento de la red comunitaria de salud mental

Intersectorialidad en la Promoción y Prevención en salud mental

Intersectorialidad en la Políticas de Inclusión social de PcDM

Paridad y no discriminación entre salud mental y salud física en seguros público y privados

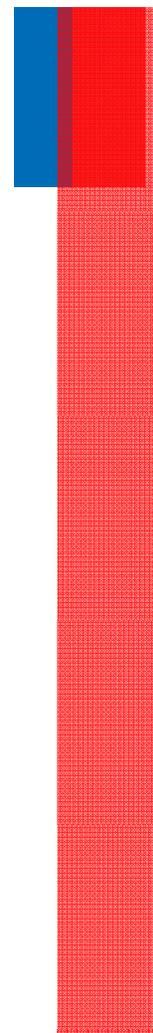


"Ni la libertad personal, ni la integridad física y psíquica de las personas con Discapacidad o Enfermedad Mental está garantizada en Chile pues tenemos una legislación que regula incorrectamente la internación involuntaria, permite el sometimiento a tratamientos médicos invasivos e irreversibles sin consentimiento, desconoce el derecho a la autonomía personal y la presunción de capacidad de este grupo humano, así como su derecho a la no discriminación.

Ello nos sitúa en una posición de manifiesto incumplimiento de lo establecido en la Convención Internacional para los Derechos de las Personas con

Consideraciones generales de los proyectos de ley

- Suscripción de convenios internacionales de DDHH
- Carga de enfermedad mental
- Cobertura de servicios y presupuestos insuficientes
- Ausencia de legislación específica en salud mental, armónica a estándares de DDHH
- Ausencia de organismo de revisión autónomo
- Ausencia de asesoría legal a usuarios
- Procedimientos irreversibles sin consentimiento (esterilización y psicocirugía)





Articulado



Recoge el llamado de los Planes de Acción de Salud Mental OMS/OPS

Adopta los Principios de Protección de los Enfermos Mentales de ONU (1991), considerados en parte superados por la CDPD

Considera los derechos, consignados por la CDPD

Promueve la atención ambulatoria, interdisciplinaria y con participación de la atención primaria

Releva la importancia del consentimiento informado y la información

Principales aspectos del proyecto

Los derechos fundamentales de las personas con Enfermedad o Discapacidad Mental

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

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

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

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

Acceder siempre a su ficha y antecedentes clínicos, personalmente, o por su representante o abogado. No se podrá retirar nunca este derecho al paciente.

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

recibir atención sanitaria integral y humanizada a partir del acceso igualitario y equitativo a las prestaciones sanitarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud. A recibir una atención ajustada a principios éticos.

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

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



Análisis Crítico

El presente proyecto de ley regula aspectos que hoy están principalmente contenidos en el párrafo 8° de la Ley de Derechos y Deberes, y a excepción de la participación de un juez en la determinación de la hospitalización involuntaria, los otros aspectos se pueden abordar modificando dicho párrafo.

Aspectos positivos:

- Instala la necesidad de legislar en aspectos de derechos en salud mental, reflejando un sentir creciente en la sociedad.
- En la introducción declara elementos importantes en la protección de derechos de las personas con enfermedad mental alineados a la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Promueve la atención ambulatoria, interdisciplinaria y con participación de la atención primaria.

Análisis Crítico

Sin embargo:

- La **definición de discapacidad** debiera ser revisada ya que no adscribe a los estándares actuales.
- No se hace cargo del aspecto de la **capacidad legal y de la interdicción**, valida la sustitución en la toma de decisiones, pese a que en la introducción lo expone como una vulneración.
- **Permite los tratamientos invasivos e irreversibles** (psicocirugía) sin consentimiento y con representante legal, pese a que en la introducción los define como una violación de derechos.
- No establece **paridad entre salud mental y salud física**.
- **No considera apoyos** para el otorgamiento de consentimiento por personas con capacidad limitada de comprensión.
- **Permite la investigación científica en personas sin capacidad para consentir** (por medio de representante legal), la normativa actual no lo permite.
- No eleva los estándares de la **Comisión de Protección** como entidad autónoma.

Conclusiones

Los proyectos de ley representan un avance esperanzador en el reconocimiento de derechos de las personas afectadas por trastornos mentales.

Estimamos que contienen aspectos que pueden ser mejorados, y otros incorporados.

Salvo por la participación de un juez en la hospitalización involuntaria, sus contenidos se relacionan o podrían agregarse al párrafo 8° de la ley 20.584

Hay contradicciones derivadas de que no asume en propiedad el principal desafío de la CDPD, cuyo eje central es el reconocimiento de la capacidad legal y su ejercicio, lo

Conclusiones

La Comisión Asesora Presidencial de Discapacidad definió 10 medidas prioritarias, entre las cuales está la ley de SM, la capacidad legal, el fin de la interdicción y los mecanismos de apoyo a su ejercicio. Esta mesa contó con el consenso de técnicos, expertos en DDHH y sociedad civil. SENADIS, Ministerio de Salud y Ministerio de Justicia estudian este desafío.

Este proyecto de ley podría tomar en consideración este aspecto, y al menos no retroceder en la actuación por la vía de la sustitución en temas tan trascendentes como investigación o psicocirugía.

Además es imprescindible incorporar la obligación de la participación intersectorial desde la promoción a la inclusión, las características de los servicios de salud mental y la paridad entre salud mental y salud física en los seguros públicos y privados.



GRACIAS



Gobierno
de Chile