INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD recaído en el proyecto de ley, en primer trámite constitucional, que establece la ley integral de salud mental y modifica los cuerpos legales que indica.

BOLETÍN Nº 17.003-11

Objetivo(s) / Constancias / Normas de Quórum Especial (si tiene) Consulta Excma. Corte Suprema (no hubo) / Asistencia / Antecedentes de Hecho / Aspectos centrales del debate / Discusión en General / Discusión en particular / Texto / Acordado / Resumen Ejecutivo.

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar el proyecto de ley de la referencia, iniciado en Mensaje de Su Excelencia el Presidente de la República, señor Gabriel Boric Font, con urgencia calificada de Suma.

Se hace presente que, al contemplar mayor gasto fiscal, el proyecto de ley debe ser estudiado, con posterioridad, por la Comisión de Hacienda.

Se deja constancia, asimismo, con fecha 12 de noviembre del 2024, la Sala autorizó a la Comisión de Salud para discutir en general y en particular esta iniciativa con ocasión del trámite reglamentario del primer informe.

Se consigan que la propuesta legal resultó aprobada, en general, por la unanimidad de sus miembros (4x0).

- - -

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Promover y proteger la salud mental y el bienestar de todas las personas durante el desarrollo de sus vidas, con pleno respeto a la dignidad y de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República y en los Tratados internacionales suscritos por Chile.

- - -

CONSTANCIAS

- Normas de quórum especial: Sí tiene.

- Consulta a la Excma. Corte Suprema: No hubo.

- - -

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

El artículo 34 permanente del proyecto de ley tiene el carácter de quórum calificado, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19 número 18 de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo de la misma Carta Fundamental, por incidir en materia de seguridad social.

- - -

ASISTENCIA

- Senadores y Diputados no integrantes de la Comisión:

Honorable Senador Alejandro Kusanovic Glusevic.

- Representantes del Ejecutivo e invitados:

Del Ministerio de Salud: la Ministra, señora Ximena Aguilera; la Jefa de la División Jurídica, señora Yasmina Viera; la Jefa de Comunicaciones, señora Maritza Labraña; la Jefa de Gabinete, señora Javiera Menay; la Jefa del Departamento de Salud Mental, señora Javiera Erazo; la Jefa del Departamento de Ciclo Vital, señora Tamara Doberti; la Jefa del Departamento de Enfermedades No Transmisibles, señora Carolina Neira; la Coordinadora de la Oficina de Bioética, señora Ximena Luengo; la Encargada de la Oficina Nacional Condiciones Crónicas Complejas y Enfermedades Poco Frecuentes, señora Pamela Llantén; el Coordinador Legislativo, señor Cristian Miquel; el Coordinador del Consejo Asesor de Salud Mental, señor Francisco Muñoz; el Jefe de Asesores, señor Manuel Nájera; la Abogada, señora Yanara Bravo, y los Asesores, señora Natalia Arévalo, y señores Sebastián Leiva, Jaime Junyent, Julio Muñoz, y Sergio Sánchez.

De la Subsecretaría de Salud Pública: la Subsecretaria, señora Andrea Albagli, el Subsecretario (S), señor Christian García, y los Asesores, señora Evelyn Reyes y señor Camilo Brauchy.

De la Subsecretaría de Redes Asistenciales: el ex Subsecretario, señor Osvaldo Salgado, y los Asesores, señores Héctor Reyes, y Gonzalo Cuadra.

Del Fondo Nacional de Salud: el Director Nacional, señor Camilo Cid.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: los Asesores señores Cristian Abarca, Cristian Vargas, y Miguel Angel Vergara.

Del Centro para la Prevención y Control del Cáncer (CECAN), la Directora Ejecutiva, señora Carolina Goic.

De la Sociedad Chilena de Salud Mental: la Presidenta, señora Paola González; la Vicepresidenta, señora Katherina Llanos; el Director, señor Carlos Sciolla, y el Socio, señor Héctor Duque.

De la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía: el representante, señor Carlos Ibáñez.

Del Colegio Médico de Chile A.G.: la Presidenta Nacional, señora Anamaría Arriagada; la Presidenta de la Comisión de Salud Mental, Dra. Josefina Huneeus; la Jefa de Gabinete, señora Bárbara Palma; el Abogado, señor Rodrigo Gaete, y el Periodista Jefe, señor Marcos Santis.

Del Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile: el Jefe, señor Esteban Encina.

Del Observatorio de Salud Mental Chile: la Directora, señora Danae Cerda, y el Gerente de Operaciones, señor Francisco Javier González.

De la Defensoría de la Niñez: el Defensor, señor Anuar Quesille.

Del Instituto Psiquiátrico señor José Horwitz: el Director, señor Juan Maass.

De la Corporación de Familiares, Amigos y Personas en Situación de Discapacidad Psíquica de Chile (CORFADICH): el Director, señor Eduardo Toro.

Del Instituto Iberoamericano de Reducción de Daños: el Director, señor Paulo Egenau.

Del Instituto Iberoamericano de Reducción de Daños: la Coordinadora Ejecutiva, señora Sofía Cillero.

De la Coordinadora de Organizaciones de Familiares, Usuarios y Amigos de Personas con Afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM): la Presidenta, señora Soledad Mura; el Protesorero, señor Hernán Isla, y el Asesor, señor Miguel Rojas.

Del Programa Ecológico en Salud Mental Comunitaria; la Trabajadora Comunitaria en Salud Mental, señora Ruth Navarrete; la Coordinadora Programa V Región, señora Olga Montino, y el Encargado del registro del programa, señor Jaime Vargas.

De la Fundación Observatorio Fiscal de Chile: el Director Ejecutivo, señor Manuel Henríquez.

De la Fundación Jaime Guzmán: los Asesores, señores Arturo Hasbún, Luis Mackenna, y Sebastián Sotelo.

De la Biblioteca del Congreso Nacional: el Investigador, señor Eduardo Goldstein.

- Otros (Asesores):

De la oficina del Senador señor Juan Luis Castro: la Jefa de Gabinete, señora Meggy López, y las señoras Teresita Fabres, Norelis Vilchez, Catalina Alegría, Paola Astudillo, y el señor Arturo León.

De la oficina del Senador señor Sergio Gahona: señores Cristian Livingstone y Benjamín Rug.

De la oficina del Senador señor Francisco Chahuán: señores Cristian Carvajal, Marcelo Sanhueza, Alexis Sánchez, Nicolás Cerda, y Felipe Crespo.

De la oficina Senador señor Javier Macaya: la Jefa de Gabinete, señora Karelyn Luttecke, y el señor Carlos Oyarzún.

De la oficina del Senador señor Iván Flores: señora Carolina Allende, y señor Mauricio Vásquez.

De la oficina de la Senadora señora Ximena Ordenes: señores Pablo Flores y Jonatan Sepúlveda.

De la oficina del Senador señor Alejandro Kusanovic: señores Sebastián Urrea, Benjamín Rodríguez, y Tomás Matheson.

De la oficina del Senador señor José García: señor Rodrigo Munita.

De la oficina de la Senadora señora Paulina Núñez: señora Johana Godoy.

De la oficina del Senador señor Gastón Saavedra: señor Luis Batallé.

Del Comité PPD: señora Paulin Silva.

Del Comité RN: señores Octavio Tapia, y Benjamín Sáenz.

Del Comité UDI: señora Cristina Pinochet.

- - -

ANTECEDENTES DE HECHO

Para el debido estudio de este proyecto de ley, se ha tenido en consideración el Mensaje de Su Excelencia el Presidente de la República, señor Gabriel Boric Font.

Como antecedentes, el Ejecutivo indica que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que "No hay salud sin salud mental" (Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2023, prefacio). Añade que la salud mental no es solo la ausencia de enfermedades o trastornos de salud mental, sino un estado de bienestar en el que las personas pueden afrontar las tensiones normales de la vida, permitiéndoles educarse, aprender y trabajar adecuadamente, desarrollando la totalidad de sus habilidades y contribuyendo a la mejora de su comunidad.

Agrega que la OMS ha enfatizado la urgente necesidad de resguardar la salud mental de la población a nivel global. Según su Informe Mundial sobre Salud Mental, en el año 2022, casi mil millones de personas en todo el mundo padecían algún tipo de enfermedad o trastorno de salud mental, advirtiéndose un aumento del 25% de los casos de depresión y ansiedad luego de la pandemia provocada por el COVID-19. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en nuestro país, los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio causan el 24% de todos los años de vida ajustados por discapacidad y el 37% de todos los años vividos con discapacidad (La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: Perfil de Chile).

El Mensaje señala que la protección a la salud mental, además, constituye un derecho humano directamente relacionado con el respeto a la dignidad humana. En el año 1990, Chile suscribió la Declaración de Caracas, la que estableció que los cuidados y tratamientos en salud mental deben “salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles” (numeral 3); y, comprometió a los Estados a ajustar sus legislaciones a dichos estándares (numeral 4). A nivel nacional, en el año 2021, se promulgó la ley N° 21.331, Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental, cuya finalidad fue “reconocer y

proteger los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual".

El Ejecutivo indica que, a pesar de los importantes avances normativos recién descritos, urge desplegar los esfuerzos necesarios para alcanzar una regulación integral de la salud mental. La OPS, en su Nueva Agenda para la Salud Mental en las Américas (2023), recomienda a los Estados dictar leyes que, junto con promover y proteger la salud mental de toda la vida de las personas, integren la salud mental en todas las políticas públicas y mejoren los servicios y la atención a nivel comunitario. En la misma línea, la OMS y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su publicación Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación: Orientación y Práctica (2023), recomiendan a los Estados actualizar sus legislaciones en materia de igualdad, vida independiente, inclusión social y participación en la comunidad de las personas con problemas de salud mental.

Consciente de lo anterior, prosigue, en el año 2023, la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud lideró un proceso nacional de diálogos ciudadanos sobre la salud mental, en la que participaron más de 2.700 personas. Este proceso evidenció la relevancia que la ciudadanía otorga al rol del Estado en el cuidado de la salud mental y la necesidad de incorporar su protección en todos los ámbitos de la vida.

- - -

ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE

El estudio de la iniciativa se enfocó en la necesidad de:

a) Disponer de una regulación integral de la salud mental.

b) Promover y proteger la salud mental de las personas.

c) Integrar la salud mental en las políticas públicas.

d) Mejorar los servicios y la atención a nivel comunitario.

e) Favorecer la igualdad, vida independiente, inclusión social y laboral, y participación en la comunidad de las personas con problemas de salud mental.

- - -

DISCUSIÓN EN GENERAL[1]

Al iniciar el estudio del proyecto, la **Ministra de Salud, señora Ximena Aguilera** sostuvo que esta iniciativa legal es una prioridad y un compromiso de Gobierno.

---

[1] A continuación, figura el link de cada una de las sesiones, transmitidas por TV Senado, que la Comisión dedicó al estudio del proyecto:
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-08-05/150005.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-08-12/135719.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-09-09/151457.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-10-01/070121.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-10-07/132152.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-10-29/070730.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-11-12/064315.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-11-26/070321.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-12-02/193739.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2024-12-10/065007.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-01-14/061647.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-01-21/065917.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-06-18/071938.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-07-09/072341.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-07-22/064048.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-07-23/072209.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-08-04/085051.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-08-05/064124.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-08-06/065552.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-08-12/063838.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-08-19/152748.html
https://tv.senado.cl/tvsenado/comisiones/permanentes/salud/comision-de-salud/2025-10-17/060859.html

Planteó que se trata de un proyecto integral, porque comprende la preocupación en todo el ciclo vital de la persona y también en todos los niveles de prevención de la enfermedad, la promoción de la salud mental y su protección, lo que significa la posibilidad de diagnóstico, de tratamientos oportunos, de rehabilitación y también de la inserción social de las personas que tienen alguna secuela o discapacidad.

Explicó que también tiene un enfoque integral, porque incluye el trabajo hacia una sociedad que proteja la salud mental, por tanto, es un proyecto intersectorial, lo cual implica el compromiso de diversos sectores del Gobierno y de la sociedad.

Indicó que el Presidente de la República ha liderado el tema de la salud mental y es reconocido por eso incluso a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que ha reconocido el liderazgo y el trabajo que ha realizado para poner fin a la estigmatización de salud mental, al reconocer que él ha tenido tales problemas y ha recibido tratamiento.

A continuación, realizó una presentación mediante la cual explica las razones de presentar un proyecto integral de salud mental, basado además en recomendaciones internacionales sobre la necesidad de ir reconociendo la importancia de la salud mental.

Mencionó que hay distintas guías, la última del año 2023, entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Alto Comisionado de Derechos Humanos, que permiten entender la relación e importancia de preservar los derechos de las personas con problemas de salud mental, que es parte de los mandatos que los distintos gobiernos del país han ido acogiendo e incorporando en diversas normativas a través del tiempo.

Con respecto a la situación de la salud mental a nivel mundial, la misma OMS publica un Atlas de Salud Mental, que indica el nivel de avance que han tenido los países entre los años 2014, 2017 y 2020, en cinco aspectos relacionados a la salud mental y a los derechos de las personas: el avance en servicios basados en la comunidad; la promoción de los derechos de las personas; el término de los medios coercitivos; las garantías respecto a los derechos de las personas, y una revisión independiente del cumplimiento de los derechos de las personas, en relación a la salud mental.

En el caso chileno, expresó que hay hitos, primero con la Declaración de Caracas, el año 1990, que establece los compromisos de avanzar en un enfoque integral para la salud mental, incorporando la salud mental en los sistemas de atención primaria de la salud y también en la participación comunitaria.

Comentó que existe una profusa normativa que regula distintos aspectos relacionados a la salud mental, todos los cuales han sido de alguna forma recogidos en el proyecto de ley en discusión, con el objetivo de actualizarlos y armonizarlos, pues es uno de los problemas que existen en la actual legislación.

Sostuvo la ley N° 21.331, sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, si bien, significó un avance en relación al cumplimiento de los estándares relacionados al derecho de los pacientes, todavía existen algunos vacíos que son importantes de abarcar en el proyecto que se propone.

Respecto al diagnóstico de situación, mencionó que la salud mental tiene una alta carga de enfermedad, uno de cada cinco años de vida ajustados por muerte o discapacidad se pierden por razones de ella. Además, incluyen temas relacionados con trastornos neurológicos, ya que cuando se habla de salud mental, no se refiere solamente a lo psiquiátrico, sino que también a las patologías de origen neurológico, como la demencia.

Sobre lo anterior, recordó que la demencia es una de las patologías que más ha aumentado su carga de enfermedad en los últimos años, producto del envejecimiento poblacional.

Manifestó que los avances respecto a la medición de la situación de salud mental, tienen que ver con el desarrollo de indicadores epidemiológicos a finales del siglo XX, relacionados con ser capaces de medir la salud no solo a través de la muerte, sino que también, a través de la pérdida de años de vida, por la discapacidad y por la enfermedad, lo que permitió relevar a nivel del contexto epidemiológico, la importancia de la salud mental.

Hay algunos determinantes relacionados al género, por ejemplo, la depresión es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, otros elementos como el consumo excesivo de sustancias, afecta más a los hombres.

Sostuvo que la posición social, ciertamente, determina muchos problemas de salud y eso afecta el nivel de daño y la posibilidad de ser diagnosticado y de acceder a tratamiento, con la posterior reinserción social.

Destacó que otro factor importante es la multimorbilidad, el cual es muy frecuente en las personas que tienen otros padecimientos de salud, como las enfermedades crónicas. Añadió que los factores protectores comunes a otras enfermedades crónicas, como hacer ejercicio, el tener una dieta adecuada, un bajo nivel de colesterol, entre otros, afectan tanto en las enfermedades crónicas, como también en problemas como la demencia, por lo tanto, es frecuente que una persona que está afectada por alguna de estas patologías tenga, además, la presencia de otras.

Agregó que las personas que tienen problemas graves de salud mental reducen su esperanza de vida, lo que se refleja en la gran carga de años de vida perdidos.

Asimismo, el cambio cultural también ha impactado en la percepción respecto al tema de la salud mental, ya que hoy somos más sensibles a lo que ello significa. Por ello, las personas actualmente son más conscientes y tienden a requerir atención.

Por otra parte, continuó, hay escenarios nuevos que han afectado a todo el mundo, como la pandemia, que tuvo una seria consecuencia en la salud mental, primero por la disrupción de los servicios de salud hacia las personas, la imposibilidad de acceder durante la pandemia, puesto que estaban todos los servicios sanitarios orientados a salvar vidas por el problema epidémico.

A su vez se agravaron los problemas de salud mental por una situación de incertidumbre que se vivió a nivel global por la pandemia, el aislamiento social que se produjo producto de los cierres prolongados, y en general, todo el problema que hubo, particularmente en el personal de salud, que se vio enfrentado a una situación sin precedente en la vida, complicaron aún más el escenario.

Respecto a los niños, señaló que aún se están viviendo las consecuencias que produjo la desescolarización durante prácticamente dos años, algunos han presentado problemas de socialización, que a veces se interpretan como trastornos del espectro autista, pero que tienen que ver con una secuela de la falta de escolarización durante estos años.

Lo anterior ha generado un escenario que no solo ha impactado a Chile, sino a todo el mundo, por ello, tanto la OMS como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han relevado el tema en estos años post-pandemia.

Indicó que la emergencia y el desastre, fenómenos al cual el país es muy proclive, han representado escenarios complejos y ha surgido una fortaleza en el caso del sistema de salud chileno, que es la capacidad de dar cobertura a los temas de salud mental, en la primera respuesta, lo que ha sido reconocido por la OPS.

Con respecto al uso de servicios de salud mental, mencionó que, en el Termómetro de Salud Mental de la Asociación de Líneas de Seguridad de la Universidad Católica, se señala que hay alta prevalencia de personas que han consultado alguna vez por estos temas, 35,5%, cifra que probablemente debería ser mayor y va a ir creciendo en el tiempo, debido al trabajo realizado para contar con mayor acceso a la atención de salud mental y a las consultas.

Explicó que al 14% de las personas le han recetado algún medicamento para sus problemas emocionales. Añadió que hay 1 millón de personas bajo control regular en los dispositivos de la red pública, 800.000 personas en la atención primaria de la salud y casi 200.000 en los centros de especialidad ambulatoria, que son los centros comunitarios de salud mental o en los consultorios de especialidades que tiene la red pública de salud.

Agregó que existe una mediana de 236 días de espera para la primera consulta de psiquiatría, que es una de las especialidades que ha tenido problemas de oferta y que ha sido priorizada por el Ministerio en relación a la formación de especialistas.

Luego, expresó que el porcentaje promedio de cumplimiento de garantía de oportunidad, de los cinco problemas de salud GES en salud mental, es del 97%, lo que quiere decir que hay un 3% en que no se cumple la garantía de oportunidad. Recordó que se priorizaron varios problemas como la esquizofrenia, la depresión, que entró en atención primaria. Hay otras enfermedades como la demencia, (que entró en el Gobierno anterior), la enfermedad de Parkinson, el desorden bipolar, entre otros.

Informó que hay 9.882 profesionales y técnicos de Atención Primara de Salud (APS) de la dotación vigente, capacitados en temáticas de salud mental. En servicio de especialidad ambulatoria, hay 103 Centros de Salud Mental (COSAM) y 59 equipos en consultorios adosados de especialidad o policlínicos. Sin embargo, persiste aún una brecha importante en centros comunitarios de salud mental.

Agregó que todos los centros de atención primaria realizan acciones GES por demencia y por depresión, siendo este último trastorno el de mayor prevalencia de los reconocidos en GES.

Informó, además, que existen 10 centros comunitarios de apoyo a las personas con demencia y más de 30 equipos de especialidad hospitalaria ambulatoria, que realizan atenciones de especialidad con demencia.

Indicó que el año 2023, hubo 37.703 hospitalizaciones psiquiátricas en la red pública. Existen alrededor de 1.000 camas de hospitalización psiquiátrica, 1.000 de adultos y 246 infanto-adolescentes y se considera que hay una brecha de alrededor de 500 camas de hospitalización psiquiátrica adulto y 134 infanto-adolescentes, para cubrir el estándar. Añadió que existen 809 plazas en hospital de día adulto y 209 en hospital de día infanto-adolescente.

Con respecto a otros servicios, como los servicios relacionados a las residencias protegidas y hogares, precisó que suman 219, para personas con discapacidad psicosocial, financiados por el Ministerio de Salud, con 1.889 plazas.

Indicó que la lista de espera para hogares y residencias sobrepasa la oferta de forma significativa y probablemente es donde existe el mayor problema, llegando a una cobertura que escasamente cubre el 9,3% de su población objetivo. Por ello, prosiguió, el proyecto de ley trata de coordinar con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, de mejor forma, lo relacionado con la asistencia socio sanitaria.

Recalcó que actualmente, en los desafíos que tiene la política de salud mental, no hay una normativa destinada a la población general con objetivos de promoción y prevención de las enfermedades asociadas. Los Planes Nacionales de Salud Mental, que han existido con anterioridad a los años 90, se restringen al ámbito sectorial, es decir, no tienen un enfoque multisectorial y de cómo contribuye el resto de las políticas hacia la salud mental. Faltan, por tanto, políticas integradas y orientadas a la inclusión social, como medida de prevención de la institucionalización y el abordaje de la deuda de desinstitucionalización.

En el área de derechos, comentó que también hay problemas y desafíos en relación a la protección de derechos en salud mental y su institucionalidad, a pesar de lo que se ha avanzado en estos años, hay aun comportamientos estigmatizadores en el personal de salud. Al respecto, mencionó que organismos de derechos humanos nacionales e internacionales, han realizado un llamado al fortalecimiento de los mecanismos de la institucionalidad de fiscalización y supervisión de protección de derechos fundamentales, en relación a los cuidados salud mental.

Con respecto a la inversión o gasto en salud mental, se estima que es alrededor del 2,6% del gasto, pero es una cifra imprecisa, que se genera por mecanismos que no están estandarizados para evaluar efectivamente cuál es la inversión. Porque se puede decir que es el 20% de la carga de enfermedad y el 2% de los recursos, entonces, hay una asimetría entre la carga de enfermedad y los recursos que se estarían recibiendo. Sin embargo, estimó que hay un desafío en mejorar y medir adecuadamente los recursos que se destinan efectivamente a la salud mental y el proyecto de ley así lo recoge.

Explicó que uno de los problemas es que, al tener servicios integrados en la atención primaria, en muchas de las atenciones se abordan también temas de salud mental y el personal no los recoge.

Dentro del proyecto de ley, detalló que están generando un mecanismo para hacer una vigilancia activa respecto a qué se invierte en salud mental, no solo en el sector salud, sino también en los otros sectores que están mandatados a realizar acciones para la promoción y protección de la salud mental. Añadió que el objetivo es contar con una especie de observatorio del gasto en forma más activa, de manera de ir equiparando lo que se tiene en carga de enfermedad, en relación a lo que se invierte en materia de salud.

En relación a los avances de salud mental, señaló que el año pasado lanzaron la política Construyendo Salud Mental que se basa en las cinco líneas de trabajo de una resolución de la Organización Panamericana de la Salud, que contiene cinco elementos para construir una sociedad que proteja la salud mental:

1) Fortalecer el liderazgo, la gobernanza, las alianzas multisectoriales e integrar la salud mental en todas las políticas.

2) Mejorar la disponibilidad, la accesibilidad, la calidad de los servicios comunitarios dirigidos a la salud mental, que ha sido un trabajo que se ha estado realizando durante este Gobierno y los Gobiernos anteriores y desde que comenzaron los programas dedicados a enfermedades de salud mental, pero ahora con un enfoque más integrado en la atención primaria, que partió con fuerte énfasis en la década de los 80, pero para cosas muy específicas.

3) Impulsar la estrategia y las actividades de promoción y prevención a lo largo del curso de vida, que son elementos que no están necesariamente recogidos, por ejemplo, en las actividades de otros sectores que tienen que ver con las condiciones en que la gente vive y se desarrolla, como el sector de educación o de trabajo.

4) Fortalecer la integración de salud mental y el apoyo psicosocial en el contexto de las emergencias, que es un área donde han tenido bastantes avances y que como país se ha reconocido.

5) fortalecer los datos, la evidencia y la investigación en salud mental.

Agregó que el proyecto Construyendo Salud Mental, tiene énfasis en tres grupos específicos: los niños y niñas que están en instituciones bajo el cuidado de las personas; las personas mayores y también el personal de salud.

En cuanto a los avances en salud mental que se han producido, mencionó el aumento de las becas de psiquiatría en adultos e infanto-adolescentes. Añadió que también ha existido un aumento de las camas de hospitalización en psiquiatría adultos, en este Gobierno en 70 camas y al final del mismo, se espera un aumento de 350 camas, lo cual es significativo en relación a un poco más de 1.100 camas de dotación actualmente disponibles.

Asimismo, informó que se han aumentado los centros comunitarios de atención de salud mental y existe el compromiso al final del Gobierno de tener 15 COSAM habilitados o construidos, algunos se habilitan y otros se construyen, que sería la mayor cantidad que se ha incorporado en un Gobierno al año 2026.

Señaló que se ha fortalecido la red de atención para las personas que sufren de demencias, pues hay centros de apoyo comunitario, y también están las llamadas Unidades de Memoria, que están en los hospitales de Osorno, de Magallanes y en El Salvador, en Santiago. También los centros comunitarios, con un enfoque integrado con las otras necesidades de salud mental, se han fortalecido.

En vigilancia y prevención del suicidio, prosiguió, otra línea donde se ha trabajado desde hace varios Gobiernos es el tema de la vigilancia del suicidio. En este Gobierno se avanzó hacia una línea telefónica, (* 4141), que es la línea de prevención de suicidio, que ha logrado atender a casi 100 mil llamadas, de las cuales 63.588 fueron atendidas por psicólogos a través del hospital digital.

Después, continuó dando cuenta de los avances, mencionando la telepsiquiatría, que también ha permitido acceso a la salud mental, la cual está funcionando desde el año 2022 al 2024. Añadió que hay trece establecimientos, nueve servicios de salud, con 555 horas mensuales de especialistas contratados por salud, ayudando a la equidad geográfica.

Afirmó que se ha dado una prioridad a los funcionarios de salud, que han estado muy requeridos por la pandemia, otorgando atención a través de Saludablemente, que es una línea especial, solo para los citados funcionarios.

Otro elemento que mencionó son la implementación de la ley N° 21.545, del trastorno espectro autista, donde se ha capacitado a los 830 funcionarios, que están trabajando en este tema. Hay 36 equipos multidisciplinarios de APS y 87 equipos de especialidad fortalecidos.

Recordó que dentro de los compromisos de salud para la implementación de la ley TEA, se encontraba la incorporación del diagnóstico precoz en el control de salud, cosa que se concretó en la fecha comprometida. Además, informó que se están haciendo esfuerzos para tener un acceso mayor y más equitativo al diagnóstico definitivo por neurólogos infantiles.

Luego, señaló que se ha trabajado en el sistema intersectorial de salud integral, con énfasis en salud mental para niños y niñas y adolescentes bajo el cuidado del Estado, que está implementado en los 29 servicios de salud del país.

A su vez, prosiguió, se ha trabajado en el gasto de bolsillo en medicamentos, donde están los convenios de CENABAST y los de FONASA, que dan acceso a un medicamento a un costo más bajo en las farmacias que están en convenio, además del refuerzo en los medicamentos de la red pública de salud.

Agregó que se ha fortalecido la protección de salud mental y bienestar en emergencia y desastre, con 5.000 funcionarios capacitados y 320 de primera atención durante los desastres.

A continuación, explicó la forma en la que se construyó este proyecto de ley, proceso en el que hubo un trabajo de diálogo ciudadano, conducidos por la Subsecretaria de Salud Pública. Al respecto, destacó que se realizaron 27 diálogos ciudadanos, con 2.692 participantes. 2.222 fueron los participantes de diálogos regionales, y 470 participantes en diálogos de grupos específicos, adolescentes, jóvenes, expertas y expertos por experiencias, que son personas que sufren alguna dolencia o algún integrante de su familia lo padece, y expertas por formación.

Indicó que se contó con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo para recoger las recomendaciones de la comunidad, que es uno de los estándares que se definen a nivel internacional, lo cual implica que un proyecto de salud mental debe contar con la opinión y la participación de las personas que serán beneficiados por la ley.

Mencionó que las conclusiones que se obtuvieron en estos diálogos, fueron:

- La centralidad de la prevención y el enfoque integral.

- La importancia de trabajar en prevención y promoción y no enfocarlo únicamente en las personas que tienen trastornos de salud mental o en sus familiares.

- La necesidad de aumentar los recursos humanos y financieros, para ir dando cuenta adecuadamente de esta gran carga de enfermedad.

- La concientización sobre el estigma, aspecto en que las personas consideran que se debe seguir trabajando en aquello.

- El abordaje conjunto entre el Estado y la comunidad, y

- La protección de los derechos humanos y la dignidad.

Finalmente, revisó el contenido del proyecto de ley integral de salud mental, el que considera cuatro ámbitos a resguardar:

1- El tema de salud mental en todas las políticas, que es la promoción y protección de la salud, con enfoque intersectorial y avanzar en el fin a la estigmatización.

2- Procurar una atención cercana integral y de calidad, que asegure la calidad de los servicios de salud mental integrado a otros cuidados de la red y se especifican las características que tiene que tener la red.

3- Resguardar los derechos con mecanismos de salvaguarda de protección de derechos fundamentales, especialmente del derecho de las personas a tomar sus propias decisiones, y

4- La promoción del derecho a la inclusión social y la vida independiente de las personas con enfermedades de salud mental grave y persistente.

Añadió que, en estos distintos elementos, se encuentran los principios transversales de protección a la salud mental en todas las políticas; define rango de acciones que son obligaciones del Estado y sus organismos para la promoción y protección de la salud mental; define una nueva institucionalidad destinada a promover y proteger la salud mental, en atención cercana, integral y de calidad y atributos especiales de los servicios asistenciales, y se sistematizan las normas sobre hospitalización psiquiátrica; el resguardo de derechos, como el derecho a la atención preferente en las Corporaciones de Asistencia Judicial; el refuerzo del derecho de las personas a tomar sus decisiones y las facultades fiscalizadoras que se le entregan a la Superintendencia de Salud; la inclusión de todos y todas de salud mental; la actualización de la ley N° 18.600; los cuidados de salud mental de tipo sanitario y sociosanitario, que también se definen y el plan de apoyo a la vida independiente.

Detalló que la estructura del proyecto de ley, desde el título 1 al 4, constituye un texto nuevo, las disposiciones generales, la acción del órgano del Estado, la política nacional de salud mental, su plan de acción y los atributos de los servicios asistenciales.

El título 5°, son normas adecuatorias de las distintas leyes, y, por último, las disposiciones transitorias.

Con respecto a los nuevos contenidos, señaló que el objetivo del proyecto es promover y proteger la salud mental y bienestar de todas las personas, durante todo el desarrollo de su vida, con pleno respecto a la dignidad de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política.

En relación a los principios transversales, explicó que se reconocen los principios de cooperación, coordinación, igualdad de derechos y equidad de género, participación, diálogo social y trato paritario, los que se suman a los señalados en el artículo 3 de la ley N° 21.331.

Se reconoce, prosiguió, que el principio rector en la aplicación e interpretación de la ley, son los derechos fundamentales de las personas.

Mencionó que se tuvo a la vista los proyectos previos que fueron presentados por los señores parlamentarios años anteriores y se trataron de incorporar en el texto del proyecto.

En los contenidos de promoción y protección, expresó que se establecen deberes generales del Estado, para promover y proteger la salud mental y el bienestar de la población, la inclusión social y la vida independiente. Además, se incorporan medidas intersectoriales, que obligan al Ministerio de Salud, al Ministerio de Educación, al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, al Ministerio de Vivienda y Urbanismo, al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y al Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Todos los cuales se obligan a realizar acciones de promoción y protección y a destinar recursos para salud mental.

Respecto a las residencias sociosanitarias, reconoció que en Chile, además de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), existen residencias del Servicio Nacional de Discapacidad, que brindan cuidados en salud mental a las personas que residen en ella.

Agregó que estas residencias, si bien reciben fondos públicos, actualmente no están sujetas a regulación, lo cual requiere solución. Añadió que el proyecto de ley reconoce que deben contar con autorización sanitaria y con un reglamento en relación a ello, del Ministerio de Salud, para los aspectos sanitarios, y del Ministerio de Desarrollo Social, para los temas sociales, regulándose de mejor forma estas residencias.

En cuanto a las políticas y a la nueva institucionalidad, mencionó que crea un Comité Interministerial de Salud Mental, con lo que se salva la situación de que el plan era solamente sectorial, el cual está compuesto por los ministerios anteriormente mencionados, a los que se agrega el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género y el Ministerio del Deporte. Añadió que el Comité está encargado de elaborar una Política Nacional de Salud Mental y el Plan de Acción.

Destacó que la Política Nacional de Salud Mental debe tener un diagnóstico de la población y establecerá los objetivos y lineamientos para seguir el estado, la debida promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, de las personas con enfermedad o trastorno de salud mental.

Explicó que, para desarrollar este Plan, se faculta al Ministerio de Salud a tener una encuesta nacional de salud mental en las mediciones del diagnóstico, con una periodicidad definida en el proyecto de ley y se mejoran los sistemas de vigilancia de salud mental, para contar con una mejor evaluación de cómo va avanzando la situación de salud, en relación a estos problemas.

En cuanto a los atributos de los servicios asistenciales de salud mental, mencionó que establece que los cuidados deben integrarse con otras prestaciones en todos los niveles de atención, teniendo especial consideración las características de cada territorio y su población.

Señaló que el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) dispondrá de un conjunto de prestaciones para el cuidado de la salud mental, en todas las etapas de la vida. Añadió que se reconocen los distintos niveles de atención, los atributos y características con que deben contar los servicios asistenciales, que se regirán por las normas técnicas que dicta el Ministerio de Salud.

También define que la rectoría técnica, sobre todo los servicios asistenciales de salud mental, deben estar dentro del Ministerio de Salud. Indicó que actualmente se observa cierto desorden en relación a los centros de salud mental, porque hay servicios ambulatorios que dependen de los servicios de salud, hay otros que dependen de los hospitales o de las municipalidades.

Respecto al derecho de las personas, informó que se modifican las reglas para reforzar el derecho a tomar sus propias decisiones; se suprimen las reglas de curaduría provisoria de bienes de las personas hospitalizadas en establecimientos psiquiátricos que están en el Código Sanitario; se elimina la calidad de reservado de los libros, fichas clínicas y documentos que se encuentran en los establecimientos psiquiátricos, y se suprime la posibilidad de aplicar tratamientos invasivos o irreversibles sin el consentimiento de la persona, pero con el informe favorable de los comités de ética.

En cuanto a la sistematización de las normas sobre hospitalización psiquiátrica, mencionó que se trató de dar mayor claridad y se sistematizan las normas sobre hospitalización, las cuales actualmente se encuentran distribuidas en la ley N° 21.331 y en el Código Sanitario.

Agregó que se distingue claramente la hospitalización voluntaria, que puede ser mayor o menor a 30 días, la hospitalización involuntaria, que puede ser sanitaria o judicial, y se eliminan las normas sobre hospitalización psiquiátrica contenidas en la ley N° 19.925, sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas, que obliga al tratamiento antialcohólico.

Por otra parte, manifestó que permite crear o habilitar establecimientos, unidades o dispositivos específicos para el cuidado en salud mental de las personas cuya hospitalización haya sido decretada por un tribunal con competencia en lo penal. Añadió que, en muchas ocasiones, estas necesidades se cubren en camas de psiquiatría general o existe una controversia entre la indicación del juez y la disponibilidad real de otorgar camas para estas circunstancias.

Agregó que se genera en dos situaciones, en aquellos que están en espera de peritajes y en aquellos que se consideran inimputables, lo que significa un problema desde el punto de vista de las garantías para las personas que son inimputables y que permanecen en la cárcel, sin el acceso a un tratamiento adecuado.

A su vez, continuó, se perfecciona la regulación de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y las Comisiones Regionales, que se rediseñan, pasan a denominarse Comisión Nacional de Protección de Derecho en Salud Mental y Comisiones Regionales de Protección de Derecho en Salud Mental. Asimismo, delimitan las funciones, aclarando que a la Comisión Nacional le corresponde asesorar a la autoridad y las Comisiones Regionales, otorgar atención y orientación a las personas usuarias. Adicionalmente, sostuvo que se modifican sus composiciones para dotarlas de mayor profesionalismo y eficacia en su funcionamiento.

Con respecto al apoyo a la vida independiente y al reglamento para el cierre o transformación de los establecimientos psiquiátricos asilares, llamó a considerar que, desde el punto de vista de salud, actualmente no existen establecimientos psiquiátricos asilares, sin embargo, complementando los avances de la ley N° 21.331, se establece que el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, elaborarán un plan de desinstitucionalización, que no estaba suficientemente recogido en la ley anterior y que tiene por objeto diseñar ese proceso de cierre o transformación de aquellas personas que todavía están en esta circunstancia, de manera de garantizar el derecho a la vida independiente y en comunidad, en la medida que eso sea posible.

A continuación, señaló que el proyecto presenta las siguientes modificaciones a normas vigentes: se amplía la facultad fiscalizadora de la Superintendencia de Salud; se modifica la ley N° 18.600, actualizándola, eliminando artículos y términos que están obsoletos, y, por último, se adecua la definición de persona con discapacidad para hacerla concordante con la ley N° 20.422.

Asimismo, prosiguió, se elimina la norma de la ley N° 19.925, sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas, que se consideran contraria a la ley N° 21.331, que establece que la hospitalización psiquiátrica solo procede previa a orden médica y la ley N° 19.925, que permite al juez ordenar la hospitalización psiquiátrica para proporcionar tratamiento para bebedores.

Enseguida, indicó que la salud mental de todas las personas va a significar una mejora en educación, porque todo establecimiento educacional va a tener la responsabilidad de implementar medidas para mejorar la convivencia; en el trabajo, si una persona sufre una pérdida por una

emergencia, parte de la respuesta es otorgar apoyo a su afectación de salud mental.

Aclaró que, en todos los centros de urgencias, debe haber equipos preparados para atender problemas de salud mental, sea o no su motivo de consulta principal, y se dará atención preferente en toda la red a los niños, niñas y adolescentes bajo la tutela del Estado.

Finalmente, llamó a tener presente lo que ha señalado la OMS, que sostiene que no hay salud sin salud mental y no hay desarrollo sin salud.

A continuación, el **Honorable Senador señor Gahona**, observó que se plantea fundamentalmente, una sistematización de la institucionalidad y no está claro que este proyecto de ley resuelva los problemas de acceso de salud mental.

Agregó que establece un marco sistémico a la institucionalidad respecto del tema de salud mental y desde esa perspectiva es un avance, pero, en su opinión, hay que ajustar las expectativas, porque en términos presupuestarios, incluye solamente la incorporación de cinco profesionales nuevos al Ministerio de Salud, dieciséis en las Seremis de Salud, dieciséis abogados en la Corporación de Asistencia Judicial y doce cargos nuevos en la Superintendencia de Salud.

Respecto a las cifras de un millón de personas afectadas en el sistema público, consultó por la cantidad de personas afectadas que se encuentran en el sistema privado, ya sea por la vía de modalidad de libre elección (MLE) o por la vía de sistema de aseguramiento.

Finalmente, preguntó por el tratamiento de adicción a drogas en materia de salud mental y la forma de abordarlo.

A su vez, el **Honorable Senador señor Chahuán** coincidió en que esta iniciativa legal genera una sistematización de la forma de enfrentar los temas de salud mental. Advirtió que en este impulso sería adecuado poner énfasis en las coberturas y mejorar el informe financiero del proyecto y los accesos a salud mental, que es una de las grandes crisis que tiene nuestro sistema de salud público y privado.

En segundo lugar, solicitó considerar refundir esta iniciativa con otras que están en tramitación en la Comisión de Salud.

Enseguida, el **Honorable Senador señor Castro González** relevó la importancia de este proyecto de ley, que tiene un abordaje distinto al problema de salud mental.

Consideró que en la discusión se deberán tratar varios aspectos relevantes para potenciar la iniciativa, por ejemplo, respeto a la ley TEA y la ley de fibromialgia. Precisó que, en el caso de los niños con TEA, está el factor diagnóstico, que lo tiene que hacer un especialista, muchas veces un psiquiatra infantil, que es un especialista escaso. Añadió que, en el caso de la fibromialgia, existe un consumo elevado de analgésicos y psicofármacos, que se debe revisar.

Solicitó al Subsecretario de Redes, que explique la brecha de psiquiatras en el sector público, por región, que es un recurso escaso y caro, lo que constituye una dificultad.

A su vez, solicitó que explique sobre las internaciones, sea voluntaria o forzada, porque actualmente no hay internación en muchas regiones, salvo la de corta estadía para casos muy agudos, como intentos suicidas, pero no para la terapia de largo plazo que se hace en Santiago.

El tercer tema son los reos inimputables, manifestó que no puede suceder que existan 69 camas especializadas en Chile, para una demanda que tiene casi el triple de personas esperando, que se mantienen en medidas cautelares preventivas, que mueren en cárceles, debiendo estar en hospitales.

Por último, solicitó aclarar las brechas, porque consideró complejo que solo en el segundo año de vigencia de esta ley recién se haga el estudio de las mismas.

Por último, en cuanto al financiamiento, manifestó que no está conforme, porque si faltan 552 camas psiquiátricas de adultos, y existe un problema de financiamiento, ya que se aborda vía presupuesto, significará una gran lucha para que los recursos sean mayores a los considerados.

Luego, la **Honorable Senadora señora Órdenes** señaló que una de las primeras tareas es avanzar en el tema de la estigmatización y un primer paso en esta legislación tiene que ver con eso.

Expresó que la pandemia por Covid-19 mostró la fragilidad del sistema, en general, para abordar las problemáticas de salud mental. Añadió que, por otra parte, las múltiples emergencias que enfrenta el país, como los sismos, requieren contar con protocolos de primeros auxilios psicológicos.

Uno de los grandes temas a abordar tiene que ver con la promoción de la salud mental y los determinantes sociales. Al respecto, mencionó que hay países que incluso tienen índices de felicidad, que los incluyen en los censos, los cuales están asociados con salud mental.

Reparó en un dato entregado en la presentación, que tiene que ver con los hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad

psicosocial, donde la cobertura es bien baja. Requirió saber si se considera en el proyecto de ley el autocuidado de los equipos, que cuentan con poco personal, para sostener una tarea tan grande.

Finalmente, consultó por la brecha de psiquiatras en las regiones, cuántos psiquiatras existen por unidad, por servicios de salud, y el rol que juega la telemedicina en esta materia.

El **Honorable Senador señor Macaya** preguntó por los recursos que están incorporados al proyecto de ley, que tiene muy buenas intenciones, sin embargo, el presupuesto contemplado se orienta a la contratación de nuevos funcionarios.

Agregó que se crea mucha burocracia, por ejemplo, la creación de un Comité Interministerial de Salud Mental, donde la mitad de los 24 ministros van a tener que participar en esa instancia, lo que, en la práctica, hará difícil su implementación.

La **señora Ministra de Salud** comentó que efectivamente este proyecto de ley sistematiza muchos temas de salud mental, pero también da un enfoque distinto, en el sentido de establecer deberes del Estado en relación a la salud mental y deberes de los otros sectores que se relacionan con la salud mental, como educación o trabajo.

En tal sentido, aclaró que esperan no se centre exclusivamente en el acceso, que es muy relevante, sino también en reducir la carga de salud mental, a través de una sociedad que la protege, o sea, tiene un énfasis preventivo y promocional, no sólo del punto de vista asistencial.

Manifestó que el tema de los recursos es relevante, y en conjunto con la Dirección de Presupuestos y el Ministerio de Hacienda, se va a ir comprometiendo en cada uno de los presupuestos.

Explicó que hay varias áreas que tienen relación con el acceso, con garantías explícitas de acceso, de oportunidad, de calidad y costo, por ejemplo, el tema de depresión. Añadió que se estudian continuamente las nuevas garantías para el sistema GES, donde se van incorporando protecciones concretas y legales, más allá de que efectivamente haya algunos problemas en la garantía de oportunidad, pero se debe visualizar que el 97% de las citadas garantías se cumplen en los problemas de salud mental, que son los más graves desde el punto de vista médico.

Afirmó que hay otra serie de condiciones que todavía no tienen garantías o que son insuficientes, como el tema de las adicciones, que están muy restringidas a ciertos tramos de edad. Este proyecto se hace cargo de que las adicciones son problemas de salud mental. Precisó que las herramientas con las que cuentan para mejorar el acceso y las coberturas tienen que ver con

los regímenes que existen, con la garantía explícita de salud, con la Ley Ricarte Soto, con los accesos a medicamentos en los que se ha trabajado y con la formación de especialistas.

Indicó que el enfoque que el proyecto, y que ha tenido el Ministerio de Salud consistentemente en los últimos años, es garantizar el acceso a través de la disposición de servicio de salud mental en la atención primaria, lo cual garantiza, en el fondo, la posibilidad de acceso. Añadió que, como la distribución territorial del sistema de salud es muy exhaustiva, a través de la atención primaria surgen problemas para contar con la atención de especialistas, lo que se trata de mejorar a través de nuevas tecnologías, como la telemedicina.

Manifestó que disponer que la atención de problemas de depresión se daría en la atención primaria, implicó un aumento de la cobertura efectiva, por lo menos, para ese problema de salud.

Planteó que el problema que se da en Chile es que se produce un espaciamiento muy grande entre las atenciones y la continua entrega de medicamentos a pacientes que ingresan al programa y que no egresan, sino que se mantienen durante mucho tiempo. Añadió que son elementos que la Subsecretaría de Salud Pública está revisando en el programa de salud mental, para mejorar los estándares, que efectivamente las personas accedan a los programas, pero que después egresen de los mismos.

Comentó que se trabaja en el tema de las brechas de psiquiatría. Respecto de los reos inimputables, indicó que se incorporó el artículo para poder crear y habilitar nuevas unidades. Precisó que se realizará un estudio de la necesidad, para luego generar inversión en los mismos establecimientos psiquiátricos que existen, ampliando su capacidad, así como, eventualmente, en las nuevas unidades de justicia.

Enseguida, en relación al acceso a la salud mental, el **Subsecretario de Redes Asistenciales, señor Osvaldo Salgado** señaló que el proyecto pretende, en primer lugar, fortalecer el concepto del modelo de salud mental comunitaria, que se ha trabajado en Chile desde hace mucho tiempo y que apunta a entregar autonomía a las personas, con un énfasis en lo ambulatorio y el trabajo integrado, con las redes sociales en la comunidad.

Indicó que el fortalecimiento de la atención primaria implica que todo el personal de atención primaria estará capacitado para enfrentar y orientar a los pacientes, lo que disminuirá fuertemente el requerimiento hacia niveles de mayor especialización.

En el caso de la especialización, respondió que se está aumentando el número de COSAM y que también se proyecta tener camas de salud mental

en todos los hospitales, independiente de su nivel de complejidad. Añadió que la telemedicina es una alternativa que tiene una respuesta bastante rápida.

Sostuvo que, desde los últimos cinco años, se ha aumentado de manera focalizada la formación de psiquiatras.

Respecto al requerimiento a las camas de psiquiatría forense, explicó que hay experiencia en el país, donde se ha podido aumentar la rotación de personas que pasan por una cama con medidas que no necesariamente implican el aumento de las mismas. Al respecto, reconoció que se requiere una mayor cantidad de camas, pero se puede hacer una tarea bastante más rápida, cuando se trabaja de manera conjunta y coordinada con el Poder Judicial. En tal sentido, tienen una propuesta que es muy interesante, con resultados relativamente rápidos.

Por último, refirió que el concepto de acceso, está plasmado en la ley y los presupuestos se negociarán anualmente, requiriendo del apoyo del Parlamento para que eso ocurra.

A su vez, el **Honorable Senador señor Chahuán** relevó la importancia de establecer un compromiso en el otorgamiento de las becas médicas para especialización en psiquiatría.

La **Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli** mencionó que, reconociendo la preocupación sobre los problemas de las brechas de acceso que existen hoy día en el sistema de salud, los proyectos de ley no tienen como objetivo en sí mismos, reducir las brechas de los servicios existentes. Añadió que sí pueden instaurar mecanismos que propicien de manera progresiva resolverlos paulatinamente con otras herramientas.

Hizo la distinción de aquellas materias que son facultad del Ejecutivo y que son parte de la discusión de la Ley de Presupuesto anualmente, y dentro de algunos aspectos en los que se ha avanzado, destacó el aumento de las becas de psiquiatría, el aumento de camas de unidad de cuidado psiquiátrico intensivo, con un aumento total de 71 camas, en lo que va del Gobierno y se espera que al año 2026, el incremento total sea de 359 camas adicionales.

Agregó que también se ha fortalecido el Sistema Intersectorial de Salud Integral (SISI) de cuidado de los niños y niñas y adolescentes bajo la custodia del Estado. Añadió que en el 2022, hubo un total de 72.200 atenciones de niños, niñas y adolescentes bajo cuidado del Estado; en 2023 72.400, siendo atenciones de salud mental, 4.097 y 5.525, en los años 2022 y 2023, respectivamente. Recalcó que ello es el resultado de los esfuerzos adicionales que se han realizado en fortalecer este sistema de salud integral.

Por otra parte, mencionó que el proyecto de ley incorpora algunos mecanismos que son importantes para ir reduciendo esta brecha

progresivamente, por ejemplo, instaura el principio de trato paritario, en el contexto de la distribución de recursos, y dar un trato equiparable a la salud mental con la salud física.

Para que lo anterior sea posible, expresó que instaura la obligación del Ministerio de Salud para tener un mecanismo de monitoreo de recursos destinados a salud mental, pues hoy es una cifra imprecisa, lo cual dificulta la toma de mejores decisiones, de manera de realizar un mejor análisis de la distribución financiera, como media habilitante para avanzar en la reducción de las brechas.

Con respecto al informe financiero, explicó que el presupuesto que tiene este proyecto de ley, está pensado para aquellas facultades nuevas y que, por ende, requieren un presupuesto adicional a aquel que ya está reconocido en los de continuidad dentro del Ministerio de Salud. Desde ese punto de vista, añadió que los cargos de la Superintendencia de Salud y de la Corporación de Asistencia Judicial son necesarios para que estas instituciones puedan cumplir con las nuevas facultades que esta iniciativa les otorga.

A continuación, la **Presidenta de la Asociación Chilena de Salud Mental, señora Paola González** valoró el compromiso del Gobierno por la salud mental de los ciudadanos y celebró esta iniciativa de abordar un tema tan crucial y urgente.

Seguidamente, acompañó una presentación, mediante la cual explicó que la Sociedad que representa es intersectorializada, por lo tanto, les interesa todo lo relacionado con la integralidad. Enseguida, realizó algunas observaciones preliminares respecto al proyecto de ley integral de salud mental.

En primer lugar, recalcó que es interesante el planteamiento de nuevos objetivos normativos, en orden de promover y proteger la salud mental y el bienestar de todas las personas, durante el desarrollo de su vida. Relevó la importancia en la cooperación, coordinación, igualdad de derechos y equidad de género, participación, diálogo social y trato paritario, como principios interpretativos de la ley.

Asimismo, destacó el derecho de atención preferente en las Corporaciones de Asistencia Judicial, a personas con discapacidad psíquica o intelectual, la regulación de residencias sociosanitarias, la creación de un comité interministerial de salud mental. Observó que se anticipan atributos y características de los servicios asistenciales de salud mental, con la rectoría de Ministerio de Salud.

Valoró el reconocimiento de que el consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas es una enfermedad o trastorno mental; elimina la curaduría de directores de establecimientos psiquiátricos; sistematiza

normas de hospitalización psiquiátrica voluntarias e involuntarias, sanitarias y judicial; desaparece la internación administrativa; ordena un plan de desinstitucionalización, regulación del procedimiento de cierre o transformación de establecimientos psiquiátricos asilares o de atención segregada en salud mental.

También resaltó los siguientes aspectos: se amplían las facultades de fiscalización de la Superintendencia de Salud; prohíbe expresamente las terapias de reconversión sexual; suprime artículos de la ley N° 20.584, que limita el consentimiento informado de personas con enfermedades mentales, y modifica la Comisión Nacional y las Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales.

Comentó que dentro de los aspectos que fueron conversados dentro de la Sociedad que representa, se encuentran los siguientes:

- El cuidado sociosanitario, no se limita a las residencias de uso temporal o permanente por personas con necesidades complejas y salud mental, incluye además la habilitación y la rehabilitación en el mundo real, la provisión de trabajo y empleo, un trabajo institucional, un trabajo transicional, protegido, apoyado en empresas por cuota, un trabajo independiente, como cualquier trabajador, empresas sociales y cooperativas o propietarios.

- Respecto al sistema de normas de hospitalización psiquiátrica voluntaria e involuntaria, persiste la revisión de la legislación por un tribunal de familia. El estándar internacional más alto, son los tribunales de salud mental especializados (como los tribunales del trabajo o los tributarios), que existen en Reino Unido e Israel, son presenciales, adversariales y de única instancia.

- Sobre la ordenanza de un plan de desinstitucionalización, planteó que implica ir más allá de la deshospitalización, y tiene que ver con cuidado socio-sanitario, con rehabilitación, habilitación, trabajo, inclusión social, cuidado residencial y participación social.

- En cuanto a la ampliación de facultades de fiscalización de la Superintendencia de Salud, sobre la ley N° 21.331, indicó que debiera extenderse la fiscalización presencial a los procesos de revisión del reposo laboral de causa psiquiátrica o mental por parte de aseguradores, que es prescrito como un acto médico y es revisado en un acto de médico, sin presencia de pacientes, observando documentos físicos o digitales, sin paridad o experticia.

- Respecto a la modificación de la Comisión Nacional y las Comisiones Regionales de Protección de los Derechos de las Personas por Enfermedades Mentales, comisiones asesoras de salud mental, miembros profesionales pagados por reunión no funcionaria, sin inclusión de usuarios y familiares. Consideró que debería crearse una agencia de calidad, seguridad y

centralidad del paciente, que sea estatal, autónoma y financiada, focalizada en la protección de derechos, especializada en salud mental como en el Reino Unido.

Finalmente, señaló que la propuesta en general es que el Parlamento se conforme como un co-proponente de la ley integral de salud mental, un proceso convencional de incumbentes, usuarios, pacientes, colegios, empleadores, educadores, sociedades científicas, universidades, colegios profesionales, planificadores, gestores, analizadores, economistas, juristas, entre otros.

Por su parte, el **representante de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, el señor Carlos Ibáñez**, acompañó una presentación a su exposición y recordó una noticia que no tiene que ver con salud mental, pero que llamó poderosamente la atención a propósito del estigma. Fue en mayo de este año, respecto a la tasa de ocupación de las camas críticas en hospitales y, con razón, la población se alarmó, porque está llegando al 94% de la capacidad del sistema de salud, para dar atención a personas que requerirían una hospitalización crítica.

Sostuvo que esos números, contrastan muy fuerte con los números que hay en salud mental. Cuando se observa que de las 1.500 camas que se requieren en adultos, hay sólo 1.000, significa que se funciona con un déficit estructural de por lo menos 500 camas.

Añadió que, al considerar las residencias y lugares protegidos, se cubre solo el 9% de la necesidad, según los datos del Ministerio de Salud, lo que significa cerca de 1.000% de déficit. Además, prosiguió, la realidad también se vive con los hospitales de día y con varios dispositivos de salud.

Comentó que Chile cuenta con alrededor de cinco camas cada 100.000 habitantes, y en la Región Metropolitana, con alrededor de 9 camas. Aclaró que los expertos a nivel mundial, tanto de América como de África, Asia y Europa, tienen un ranking del número de escasez severa, en torno a un poco menos de 20 camas por cada 100.000 habitantes, en tanto la tasa de camas en países de la OCDE, está alrededor de 100 camas por 100.000 habitantes, en consecuencia, el estándar nacional está evidentemente bajo en relación a estas recomendaciones.

Informó de un estudio realizado en Inglaterra, que muestra una relación entre el cierre de camas psiquiátricas y el aumento de la población penal. Esta es la hipótesis de Lionel Penrose, un psiquiatra inglés que, en los años 30, publicó la relación entre cierre de camas psiquiátricas y aumento de la población penal, lo que ha sido objeto de estudio en ese país. Al respecto, señaló que recientemente detectaron que, de cada 100 camas psiquiátricas cerradas, aumenta la población penal en 36 reos. Advirtió que el panorama es complicado, pues aumenta en el tiempo la población penal en Latinoamérica, lo

que alerta respecto a que el cierre de camas psiquiátricas no necesariamente es algo positivo.

Luego, citó un estudio de un hospital psiquiátrico, el cual indica que alrededor del 30% o 40% del total de pacientes que requieren hospitalización psiquiátrica, porque está en riesgo su vida o la de terceros, no se pueden hospitalizar, porque no hay camas.

Puso el foco de los derechos humanos en la atención de salud mental, especialmente el derecho a la salud como derecho humano, como lo plasma el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, en donde explícitamente se contempla el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Indicó que, en algunos casos, para ciertas personas con enfermedades psiquiátricas muy severas, puede significar tener el derecho a acceder a una hospitalización y a tratamientos biológicos involuntarios. En casos muy severos, continuó, las personas requieren de fármacos, incluso de terapia electroconvulsiva y es muy importante que ese derecho no sea pasado de llevar por tratar de resguardar, con buena intención, derechos como la autonomía, que evidentemente es muy importante.

Precisó que el derecho a la salud tiene cuatro elementos: disponibilidad de los tratamientos, accesibilidad de los mismos, tienen que ser aceptables y la atención debe ser de calidad.

Sobre lo anterior, mencionó un recurso de protección que interpuso el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) por una violación a los derechos de unas pacientes en Temuco. Aclaró que lo interesante es que se hizo una evaluación de la hospitalización y detectó varios puntos críticos que derivan en vulneraciones del derecho a la integridad física y psíquica, principalmente, de falta de personal suficiente y capacitado para proporcionar una atención adecuada. Añadió que el INDH muestra que en gran parte se cometen atropellos a los derechos humanos, concretamente en el caso señalado, ocuparon más de lo que corresponde para la contención física, lo que se generan en gran parte, por los déficits de recursos que los equipos sufren.

A continuación, hizo referencia a aspectos del proyecto de ley y mencionó que, en primer lugar, incorpora gran parte de las temáticas que recomiendan las organizaciones internacionales, la idea de salud mental en todas las políticas, la inclusión social y la promoción de la independencia.

A su vez, reúne en un cuerpo legal varios aspectos legislativos relevantes para la salud mental, indica que la Superintendencia de Salud fiscalizará el cumplimiento de la ley N° 21.331 y promueve un trabajo interministerial con foco en salud mental.

Sin embargo, consideró que queda pendiente la gobernanza y el rol de la sociedad civil en esta nueva institucionalidad y no se sabe cómo va a funcionar, lo cual depende de la eficiencia y utilidad que puede hacer el trabajo interministerial.

Enseguida, comentó las debilidades que observa en el proyecto de ley y que se deberían abordar. En primer lugar, observó que se requiere de una serie de medidas urgentes que dependen del Ejecutivo, entre ellas, el financiamiento, la evaluación de los planes de salud mental y su adecuación, cuyos resultados esperaría antes de que se promulgue esta ley.

Por otra parte, informó que restringe la preocupación por derechos humanos a evitar abusos por parte de los equipos de salud, sin entregar recursos para resolver la crisis sanitaria actual y no considera el aspecto del derecho a la salud como derecho humano.

Además, suprime el uso de medidas terapéuticas “invasivas”, esenciales para el cuidado de pacientes gravemente enfermos, tales como el uso de fármacos intramusculares, el uso de ciertos tratamientos biológicos, los cuales son necesarios para pacientes en situación crítica.

Agregó que no resguarda la seguridad de la población de pacientes frente a personas con internación decretada por un tribunal con competencia en lo penal. Explicó que, en ciertos casos, hay personas que cometen delitos y que intentan simular una enfermedad mental y se van a pabellones de pacientes con enfermedades psiquiátricas generales, lo que implica poner en peligro a las personas que están en tratamiento en una situación muy vulnerable.

Concluyó que contar con una ley integral de salud mental es un anhelo de profesionales y pacientes, aunque este proceso no debería dilatar el cumplimiento de los compromisos asumidos por el Gobierno en esta temática, concretamente, el aumento del presupuesto al 5% de salud, para dedicarlo a salud mental y cerrar las brechas detectadas en el Plan Nacional de Salud Mental vigente. Añadió que el Estado de Chile es el responsable de la mayor vulneración de derechos humanos de pacientes con trastorno de salud mental, al no entregar los tratamientos necesarios a quienes lo requieran. Indicó que los atropellos a los derechos humanos cometidos por funcionarios de la salud deben ser prevenidos y sancionados, sin embargo, no debe ser el foco exclusivo del proyecto.

La **Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli,** respondió que, en cuanto a la disponibilidad de camas de hospitalización psiquiátrica en el sector público, están muy conscientes de la brecha que existe en esta materia, de hecho, los datos que se exponen son datos que el Ministerio hizo públicos en la presentación de la sesión anterior.

En ese sentido, recordó que el Gobierno, en cuanto a la brecha que existe de camas para hospitalización por salud mental, ya ha aumentado 71 camas, de las cuales 37 son para población adulta y 34 para población infantil-adolescente. Añadió que, contemplando todos los proyectos de inversión que hay en cartera del Gobierno, al año 2026, se espera llegar a un aumento total de 359 camas.

Por otra parte, planteó que para avanzar en el presupuesto, en la distribución del gasto en salud mental, primero se debe avanzar en algo que no está del todo bien resuelto, que es monitorear con precisión cuánto del gasto se destina a salud mental, porque actualmente hay estimaciones, pero no se puede responder exactamente cuánto del presupuesto del sector salud se va específicamente a salud mental y cuánto del presupuesto del Ejecutivo en total, desde el inter sector, va hacia el salud mental. Añadió que, por ello, uno de los artículos del proyecto de ley establece el deber del Ministerio de Salud de determinar cuál es el mecanismo de monitoreo del gasto en salud mental, para avanzar progresivamente en el fortalecimiento y disminución de las brechas del sector.

A continuación, hizo referencia a la participación social, que es un principio, que se incluye en el artículo 3, el principio de participación y diálogo social, como uno de los elementos importantes para construir y diseñar toda política pública en materia salud mental. Aclaró que se mantendrá en vigencia el actual Consejo Asesor de Salud Mental, que tiene representantes de la sociedad civil, expertos por experiencia y expertos por formación, con quienes se sesiona de manera constante desde hace un año y medio y es una de las instancias en las que formalmente se acoge la participación social.

La **Jefa del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, señora Javiera Erazo,** respecto a la brecha de camas, puso el acento en que el proyecto de ley intenta resguardar un desarrollo equilibrado de servicios que permita un gasto, costo efectivo y costo eficiente, de lo que se gasta en salud mental en el país, lo que implica también el desarrollo de servicios que no incluyen solo la hospitalización, sino que una modalidad de cuidado con una gran diversidad. Añadió que, de esta forma, se intenta resguardar la estructura del desarrollo de esos servicios, evitando que no haya segregación.

A propósito del hospital psiquiátrico, señaló que algunos de los datos presentados, que provienen de una investigación recientemente publicada, plantean que uno de los problemas que tienen los servicios segregados es que no logran resolver la sobredemanda. Precisó que, en la actualidad, el 60% de las hospitalizaciones psiquiátricas que se hacen en el país se realizan en camas indiferenciadas, lo que se mira como una de las fortalezas del sistema, ya que permite la atención y cuidado de estos problemas de salud.

Agregó que el proyecto de ley busca resguardar, de la mejor manera posible, las brechas existentes, con un sentido realista. Añadió que, no obstante contemplar una agenda ambiciosa en términos de crecimiento de servicios, existen topes estructurales del sistema para aquello, por ejemplo, la disponibilidad de especialistas en el país.

Sobre los tratamientos involuntarios, específicamente lo planteado en tratamientos irreversibles, precisó que no desaparece la regulación. Actualmente, la ley N° 20.584, tiene una desarmonía con la ley N° 21.331, que plantean dos cosas diferentes sobre este punto. Al respecto, se propone mantener la regulación de la ley N° 21.331, pero siempre pensando en cirugías electivas, que no están pensadas para el resguardo de la vida o el riesgo real o inminente.

Destacó que el artículo 15 de la ley N° 20.584, sigue vigente y, de ser necesaria una acción clínica para resguardar la vida o evitar la alteración funcional grave, el clínico sigue teniendo las atribuciones para hacerlo. Expresó que lo que se busca sobre el tratamiento irreversible es, por ejemplo, evitar esterilizaciones forzadas, prácticas quirúrgicas irreversibles, porque se entiende que no es la oportunidad para tomar ese tipo de decisiones cuando la persona tiene su capacidad limitada.

Respecto a los recursos financieros, manifestó que el proyecto de ley no persigue solo un mayor gasto financiero, sino que resguardar que la estructura de ese gasto, sea la que técnicamente está recomendada internacionalmente.

Sobre el desarrollo de servicios segregados, mencionó que el proyecto de ley tiene un articulado específico que promoverá el desarrollo de esos servicios, sólo para una población, la que está en conflicto con la justicia, con el objeto de salvaguardar la seguridad de las personas en servicios generales.

Añadió que la propuesta normativa que permite clarificar las acciones de hospitalización en contextos de procesos judiciales, ya sean civiles o penales, también está orientada a optimizar el uso del recurso clínico, el cual es escaso y muy especializado, para que quienes ocupen esos servicios sean los que realmente lo necesitan y no se utilice con otros fines.

En cuanto a los tribunales especializados, señaló que se ha discutido largamente y entendiendo que esa es la experiencia que hay en países con mayor nivel de desarrollo, consideró que deben ser serios respecto de la capacidad de implementación de una medida de esa naturaleza. Añadió que, en lo inmediato, la decisión de mantener la atribución de los tribunales de familia, fue atendiendo a la realidad país y a la capacidad real de generar tribunales alternativos.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro González** puntualizó algunos aspectos, ya que la ley N° 21.331, tiene tres años de vigencia. Primero, requirió conocer la evaluación sobre el cumplimiento de esta ley, en particular: el respeto de los derechos y la protección de las personas; el funcionamiento de los comités de ética; los principios sobre el ejercicio del libre consentimiento informado, antes de recibir terapia; la atención interdisciplinaria; el diagnóstico del estado de salud mental, conforme a lo que dice la técnica clínica; las consecuencias en materia de discriminación, y la violencia en sectores vulnerables.

Luego, consultó si se está respectando el sujeto de derechos en los servicios de salud, respecto a la discapacidad psíquica o intelectual.

Sobre la prescripción de psicofármacos en materia de salud mental con fines terapéuticos, preguntó sobre lo que está ocurriendo en materia de automedicación.

Indicó que este proyecto de ley no puede ser una continuación de una ley que garantiza ciertos derechos, sino que debe ser una ley de salud mental integral, que se aplique a una realidad concreta del país.

En relación a la desinstitucionalización, indicó que se debe profundizar y precisar el tema, pues nadie está en contra la psiquiatría comunitaria, que es una tendencia mundial, ya que existe una brecha de camas para casos graves que es dramática. Aclaró que no se podría entender que este proyecto de ley no busque resolver los accesos a camas de psiquiatría graves.

Respecto al cuidado sociosanitario, requirió al Ejecutivo dar mayor detalle sobre cómo esa dimensión de la cama sociosanitaria, se va a enfocar para muchos de los casos crónicos que están en hospitales psiquiátricos de larga estadía y que son personas que, si no estuvieran ahí, estarían en la calle.

Consultó de qué forma se va a gestionar la cantidad de personas con secuelas por accidentes cerebrovasculares, neurológicos, o aquellas con demencia avanzada o Alzheimer, que requiere un establecimiento socio-sanitario.

En cuanto a la medicación, sostuvo que actualmente predominan trastornos ansiosos y depresivos. Advirtió que, desafortunadamente, en los COSAM por la alta demanda y por los sistemas de incentivos económicos, los volúmenes de demanda marcan los presupuestos.

Requirió saber por qué lo primero que se hace en Chile es medicar a los pacientes, a diferencia de lo que ocurre en otros países desarrollados, que

después de la quinta o sexta consulta de evaluación diagnóstica, se toma una decisión.

Por último, se refirió al problema de los reos inimputables, señaló que en la actualidad hay 69 camas de hospitalización entre Putaendo, el Horwitz, y Temuco, en las Unidades de Evaluación de Personas Imputadas (UEPI), versus el triple que está esperando en cárceles, personas con esquizofrenia, psicosis, maniacodepresiva.

Finalmente, consideró que el estudio de brechas de especialistas lo puede hacer el Ministerio de Salud en la actualidad, no tiene la necesidad de esperar el segundo año de aplicación de la ley, para el caso de los reos enajenados, que requieren internación adecuada.

Enseguida, la **Honorable Senadora señora Órdenes** observó que como el proyecto de ley propone un proyecto en salud mental integral, que pretende abordar todo el ciclo de vida, se debería conformar una estructura para abordar lo que se quiere conseguir, en temas de brecha, en institucionalidad y otros temas.

Agregó que Chile es un país que cada cierto tiempo experimenta emergencias y desastres, y dentro de las acciones no existe una cultura de otorgar primeros auxilios psicológicos. Añadió que la esperanza de vida en el país ha aumentado de manera significativa, además de los temas de envejecimiento y demencia, por lo cual van a ser variables importantes a considerar. Por lo mismo, manifestó que es necesario tener claros los temas de brecha.

Otro tema relevante, prosiguió, es el tema presupuestario, porque del presupuesto de Salud, solo el 2,6% se estima que se destina a salud mental, siendo que lo ideal, está entre un 5% a 10%, por lo tanto, tiene que estar acompañado de un compromiso presupuestario adecuado.

Por último, consultó por la experiencia en el Reino Unido y solicitó explicar con mayor detalle lo relatado sobre la figura de la agencia y la diferencia con los comités.

La **señora Subsecretaria de Salud** respondió a las consultas del Senador Castro González. En primer lugar, planteó que el objeto de esta ley no es dar una continuidad o reemplazar la ley vigente, N° 21.331.

Explicó que, en la elaboración de este proyecto de ley, la conversación legislativa comenzó reconociendo el valor que la ley N° 21.331 ha significado para Chile, reconocido en los documentos de evaluación internacional que hace la OPS sobre el Atlas de Salud Mental, que evalúa con cierta periodicidad el nivel de avance que tienen los países en distintos elementos, como los regulatorios. Añadió que gracias a esa ley, el país logró

cumplir con uno de los elementos que no tenía previamente, que era contar con una legislación específica al respecto.

Aclaró que el objetivo de este proyecto de ley es complementar la ley N° 21.331. Informó que los organismos internacionales, al revisar la legislación específica de salud mental de los Estados, sugieren ciertas especificidades. Así, continuó, se realizó el análisis de las características que debieran tener las leyes, determinando aquellos temas que se deben complementar en la ley vigente, para dar cumplimiento total a aquellas recomendaciones internacionales, por ejemplo, el componente de protección y promoción de la salud, desde un punto de vista intersectorial.

La **señora Javiera Erazo** complementó lo señalado e indicó que el proyecto de ley incorpora algunas modificaciones a la ley N° 21.331, justamente por los aprendizajes adquiridos durante los tres años de implementación. Añadió que algunas de ellas dicen relación con mejoras de armonización de los textos legales, ya que había duplicación de materias reguladas en más de un cuerpo normativo.

Refirió, a continuación, que otras materias han avanzado de forma sistemática sobre el modelo de atención, que abordó de forma clara el Senador Castro González, para evitar ciertos vicios del sistema, como la sobre medicalización de algunos servicios. Indicó que, por ello, el capítulo de atributos de la red, está orientado a generar servicios que son mucho más integrales de lo que hasta hoy se ha podido lograr.

Además, continuó, la ley tiene un objeto de cambio cultural, ya que se espera que llegue de forma mucho más activa a la formación de profesionales, sobre todo de médicos generalistas. Añadió que el 80% de las prestaciones de salud mental que se hacen en el país se realizan en la atención primaria, y también hay servicios privados que están siendo integrados por equipos generalistas. Por tanto, añadió, es importante resguardar la calidad de todas las prestaciones, no solamente en servicios especializados.

Subrayó ese objetivo del proyecto de ley, que implica que quien acuda, ya sea, a la urgencia general, al servicio de atención primaria o al COSAM, reciba una calidad en la atención de manera uniforme y digna.

Seguidamente, la **Presidenta Nacional del Colegio Médico, doctora Ana María Arriagada**, acompañó una presentación en su exposición y celebró que este proyecto de ley incluye nuevos objetivos normativos, que protegen a todas las personas y no sólo a quienes padecen trastornos psiquiátricos, a su vez, responsabiliza al conjunto del Estado en la promoción y prevención en salud mental, en la inclusión social de las personas con discapacidad de causa psíquica, con un enfoque intersectorial. Añadió que

profundiza la equidad y trato paritario de enfermedades mentales en relación a dolencias físicas.

Señaló que al establecer que en todos los hospitales generales existan unidades de hospitalización psiquiátrica, significa que la medicina interna, por ejemplo, vaya de la mano con la psiquiatría, que no estén estancos, que no sufran retrasos y que se integre como siempre debió ser.

También consideró importante la sistematización de normas sobre hospitalizaciones psiquiátricas, algo que ya había adelantado la ley N° 21.331, y la consideración de normativa internacional en materia de derechos humanos.

Sin embargo, recalcó, que el proyecto de ley debe contar con un presupuesto adecuado, ya que, como lo han señalado las organizaciones, las sociedades científicas, y los expertos en la materia, al menos el 6% del presupuesto de salud debería ser destinado a salud mental. Agregó que si el proyecto de ley no tiene un financiamiento, entonces al menos, que exija un desarrollo que mandate un presupuesto en lo sectorial y en lo intersectorial.

Destacó que el diseño contó con participación ciudadana, pues hubo comisiones ciudadanas y luego una participación amplia, llegando a 1.700 usuarios, pero observó algunos temas pendientes, que detalló a continuación.

Primero, mencionó que al hablar del abordaje intersectorial falta dar mayor relevancia a vivienda, trabajo y cultura. El texto del proyecto señala que el Ministerio del Trabajo y Previsión Social promoverá políticas orientadas al acceso y mantención del empleo de personas con enfermedades o trastornos de salud mental. Sin embargo, esta promoción actualmente ya existe.

Al respecto, propuso incorporar una disposición más fuerte, en lugar de promover acceso y mantención, se debería exigir cuotas, establecer exenciones a las empresas que contraten personas con discapacidad.

Debe existir un fortalecimiento y una exigencia en esta ley, que haga plausible el acceso de las personas al trabajo, de lo contrario, no se logrará la desinstitucionalización.

Luego, al hablar de vivienda, señaló que el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, en el marco de sus competencias, promoverá el desarrollo de proyectos para el mejoramiento de entornos urbanos y habitacionales, incluyendo barrios y condominios. Sobre lo anterior, indicó que los pacientes necesitan subsidio a la vivienda, ya que se requiere de un Estado que equipare oportunidades, más que promover o embellecer entornos.

A continuación, la **Presidenta de la Comisión de Salud Mental del COLMED, señora Josefina Huneeus**, complementando lo dicho por la

Presidenta del COLMED, en cuanto al ejercicio de la autonomía de las personas hospitalizadas por causa psiquiátrica. Al respecto, planteó la necesidad de garantizar algunos aspectos.

Sostuvo que como psiquiatras y médicos generales, deben tomar medidas de seguridad, que son intervenciones que pueden fácilmente vulnerar los derechos de las personas hospitalizadas, como la sujeción mecánica y el aislamiento y, en ese punto, consideró que la ley debe ser muy enfática en garantizar que cuando las personas están en una situación de enfermedad, se resguarden los derechos fundamentales y no se les pase a llevar con estas medidas de seguridad, que se deben realizar en algunos momentos, pero observó que falta hacer más énfasis en aquello.

Afirmó, que la desinstitucionalización aun es un deber que está pendiente en el país, porque todavía hay personas que viven en hospitales, lo que implica una vulneración grave de sus derechos humanos.

Observó que el texto es poco preciso respecto al plan, tiempos y recursos. Recordó que desinstitucionalizar no es lo mismo que deshospitalizar. La persona debe recibir cuidados sociosanitarios, rehabilitarla, habilitarla para la vida en comunidad, darle el cuidado residencial y participación social, por lo tanto, una desinstitucionalización no es solo garantizar que la persona salga físicamente del recinto hospitalario donde lleva años viviendo, sino que hay que insertarlo socialmente y, en ese aspecto, el proyecto queda al debe.

Respecto de la descripción de la red, también constató un déficit, manifestó que el Plan de Acción de la OMS, recomienda que los Estados privilegien sistemáticamente la asistencia en centros de salud no especializados, recurriendo a una red de servicios comunitarios de salud mental, que estén interrelacionados. Consideró que este debe ser el corazón de la atención que reciban las personas que padecen un problema psíquico en algún momento de su vida. Por tanto, llamó a profundizar la descripción y los servicios ambulatorios comunitarios.

Expresó que, en diversas oportunidades del texto, se cambia el “debe” por “puede”, en tal caso, consideró que debe ser obligatorio que los hospitales generales cuenten con camas disponibles para personas con patologías psiquiátricas.

Dentro de lo que ha vivido la psiquiatría del aislamiento, una parte clave es que la persona con una enfermedad de la mente, tenga el mismo acceso a la salud, que una persona de la enfermedad del resto del cuerpo. En tal sentido, continuó, la inserción social es fundamental y existe un déficit en el proyecto respecto a los servicios forenses, que debieran estar descritos como parte de la red de salud mental, con un desarrollo asociado a ello.

Por su parte, la **señora Anamaría Arriagada**, en relación al ámbito penal forense, estimó que la hospitalización judicial tiene que responder a una indicación clínica que la justifique y no usar servicios clínicos como lugares de detención. Añadió que existen pacientes con patologías médicas, en rehabilitación, y al lado hay una persona hospitalizada por una orden judicial, que está con un grillete y gendarme, lo cual entorpece el derecho a la privacidad de los espacios hospitalarios y de los espacios de salud en general.

Además, prosiguió, estas hospitalizaciones suelen ser muy largas, por lo tanto, consideró que el proyecto de ley debe incluir recursos para camas forenses en regiones y también en Santiago, con aumento de psiquiatras especialistas, para lo cual debe aumentar la formación en psiquiatría forense.

Precisó que el proyecto señala que la hospitalización judicial involuntaria, ordenada por un tribunal con competencia en lo penal, estará sujeta a lo dispuesto en los párrafos primero, segundo y tercero del título séptimo y en el párrafo cuarto del título octavo, todos del Libro Cuarto del Código Procesal Penal. Al respecto, sugirió agregar que esas internaciones sólo podrán realizarse en establecimientos, unidades o dispositivos específicamente habilitados para dichos fines.

Por lo anterior, propuso incorporar una norma transitoria que, en un plazo razonable, dé cumplimiento a lo establecido en el inciso tercero del artículo 13 bis, habilitando a lo largo del país todas las unidades necesarias para las internaciones decretadas por los tribunales competentes en lo penal.

El proyecto de ley señala una frase medular, que se debe relevar: la salud mental no es solo la ausencia de enfermedades o trastornos de la salud mental, sino un estado de bienestar en que las personas puedan afrontar las tensiones normales de la vida, permitiéndoles educarse, aprender, trabajar adecuadamente, desarrollando la totalidad de sus habilidades y contribuyendo a la mejora de su comunidad.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó por la mirada del COLMED sobre el suicidio, considerando que en Chile se registran entre 1.800 y 2.000 suicidios al año, que han ido en aumento, especialmente en la población joven, en los últimos años.

A continuación, requirió conocer la posición que tiene el Colegio Médico sobre la brecha de especialistas psiquiatras en el sector público y sobre la alta concentración de ellos en las tres grandes regiones del país, Metropolitana, Valparaíso y Biobío.

También preguntó cómo se puede abordar la gran puerta de entrada de consulta en materia de salud mental, que son los trastornos del ánimo y los trastornos de ansiedad.

Por último, afirmó que la lógica de que exista psiquiatría ambulatoria, se limita por la brecha de camas psiquiátricas para casos específicos. Por ello, consultó si está recogido en este proyecto de ley, la tendencia de contar con camas psiquiátricas en hospitales generales.

A su vez, el **Honorable Senador señor Gahona** señaló que comprende este proyecto de ley como una definición marco, por tanto, su objetivo no es resolver el problema de listas de espera en salud mental, ni de falta de camas. En consecuencia, consultó la forma de ir operativizando, en la práctica, este marco legal para la salud mental, con qué gradualidad, porque se requieren recursos.

Por su parte, la **Honorable Senadora señora Órdenes** consideró que el tema presupuestario es fundamental, todas estas declaraciones no van a ver la luz si no tienen una expresión en el presupuesto.

Recordó que el año anterior, se priorizó el tema de las listas de espera y algo se está avanzando, sin embargo, en salud mental, siempre ha sido invisibilizado, en tal sentido, valoró que el proyecto de ley en estudio lo incorpore en la agenda pública.

Destacó que el objetivo es generar una arquitectura interdisciplinaria, en base a principios validados y consensuados, que permitan orientar un poco mejor la política pública, que siempre se entienden desde la lógica de la medicina.

Indicó que el ideal es destinar al menos el 6% del presupuesto de salud en salud mental. Al respecto, consultó si es posible llegar a ese porcentaje y cuáles serían las prioridades a cubrir.

El **Honorable Senador señor Macaya** preguntó si existe la información respecto a la cobertura necesaria de atención de salud mental en Chile. Sobre lo anterior, consultó qué porcentaje de los requerimientos que existen en el país, efectivamente están cubiertos.

La **Presidenta del COLMED** manifestó que un primer paso es desmitificar estos temas y conversarlos, ya que antiguamente los temas de salud mental no se hablaban. Actualmente, prosiguió, se transita en un mundo donde temas como el suicidio se conversan, pero hay que saber cómo hablarlos y entregarle a las personas, a través de la educación, de canales de televisión, de los programas, gráficas que hoy día existen, la forma de poner en la conversación familiar, la interrogante sobre el suicidio, lo que puede salvar la vida a alguien y buscar ayuda.

Manifestó la preocupación desde el Colegio Médico sobre la brecha de especialistas, además de la formación de médicos generales que tengan herramientas para lidiar con los trastornos de ansiedad, que son el 70% de la

consulta. Puntualizó que el 70% de las personas que va a la consulta, es porque tiene ansiedad, depresión o porque, además de la enfermedad que malamente se diagnostica, se asocia también un trastorno adaptativo. Por lo tanto, se requieren más herramientas.

Afirmó que como COLMED, están firmemente involucrados en pedir más cargos, asignaciones, estímulos y proyectos. Añadió que los médicos se manejan por proyectos que les parecen atractivos, como todas las personas.

Un psiquiatra, un terapeuta ocupacional, una enfermera entrenada y dos kinesiólogos, pueden hacer una maravilla en un hospital y en un COSAM. Estimó que la base es el COSAM, porque uno más fuerte, podría prevenir y disminuir la necesidad de camas psiquiátricas, que es el último recurso, y, en eso, sí hay una urgencia.

Manifestó que actualmente los hospitales en este país enfrentan una situación dramática de falta de psiquiatras en urgencia y una estrechez en el número de camas para la urgencia psiquiátrica. Aclaró que eso en otros países se resuelve con recursos, por lo cual el énfasis debe estar ahí.

A continuación, la **señora Josefina Huneeus** recordó que el 80% del estado de salud de las personas depende de factores que no están asociados a los servicios sanitarios. Añadió que los factores que inciden son la alimentación, la actividad física, si es fumador o no, y el 20%, es lo que pueden aportar los servicios sanitarios.

Cuando se habla de salud mental, continuó, el porcentaje de los determinantes sociales es mucho mayor, por tanto, cuando se habla de prevención del suicidio, el peso recae en la sociedad en sentido amplio, que es lo más complejo y en psiquiatría infantil, es aún mayor. Agregó que en psiquiatría infantil, el psiquiatra llega cuando el niño está muy enfermo y hay mucho que hacer antes. Por cada peso que se invierte en salud mental infantil, se ahorran cinco pesos en el tratamiento como adulto.

Por lo mismo, subrayó que es importante recordar que hay un 80% de la salud que depende de lo intersectorial, en consecuencia, antes de centrarse en las camas y en servicios sanitarios, es fundamental hablar del acceso y los derechos de las personas, porque eso está en juego. Es efectivo que hay déficit de especialistas, pero se requerirán menos, en la medida que exista más prevención.

Luego, indicó que existen estudios de calidad que indican que un ejercicio de respiración de menos de un minuto tiene el mismo efecto que un clonazepam en términos terapéuticos, biológicos, por ejemplo, caminar por el bosque durante 20 minutos, tiene un efecto terapéutico amplio. Añadió que el foco está volviendo a la naturaleza y se toma conciencia de que la psiquiatría sofisticada no se requiere, por ello, el desafío actual va por otro lado.

Estimó que hay una crisis de cuidado en la infancia, porque los adultos no están siendo capaces en gestionar su propia vida, mucho menos, la vida de sus hijos, lo que está redundando en una crisis de mejor niñez. Propuso volver atrás, es decir, preguntarse cómo se mejora el bienestar de todos en comunidad. El psiquiatra puede ser importante, pero en su experiencia, su rol es cada vez menor.

En el tema de camas, en Chile hay un poco menos de la mitad de las camas que deberíamos tener, según las cifras de la OCDE y de entidades internacionales, pero en cuanto a servicios ambulatorios, (que es el que va a prevenir la cama psiquiátrica, que es carísima), tenemos una cobertura mucho menor a la mitad, de 20%, dependiendo de la región. Estimó que el foco está en la prevención y promoción, luego, en lo ambulatorio y posteriormente, en las camas, que no es la mayor brecha y es lo más caro.

Recordó que la ley N° 21.331, no tiene reglamento, por lo tanto, es difícil medir cómo se ha implementado, cuáles han sido los resultados, cada juez está aplicando la ley como le parece, lo que genera una aplicación dispar a lo largo del país, razón por lo cual hay un vacío importante.

Por su parte, el **Jefe del Programa de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, señor Esteban Encina**, exhibió una presentación y consideró oportuno la presentación de este proyecto de ley, ya que es una necesidad muy sentida en la disciplina y en la sociedad civil.

Dentro de los puntos relevantes, destacó el ajuste con la normativa internacional, como la Convención Internacional de Derechos para las Personas con Discapacidad.

Otro punto relevante es la intersectorialidad, que está relacionado con los determinantes sociales y gran parte de la explicación de los resultados de salud está en la vivienda, en los niveles de ingresos, en el transporte público. Afirmó que una ley que pretenda impactar sobre esos resultados, tiene que incluir todos los sectores.

Luego, celebró también la nueva institucionalidad, la creación de una política específica de salud mental y de un plan de acción. Por otro lado, añadió, se refuerza la idea de que la salud mental está en un modelo integrado de redes, centrado en la atención primaria en salud, es decir, la persona que necesita ayuda no es paciente de un profesional, no es paciente de un establecimiento, sino que es paciente de una red integrada, por tanto, se va a mover dentro de esta red según sus necesidades.

Destacó la desinstitucionalización y el enfoque hacia una vida independiente de las personas y aplaudió, asimismo, la encuesta nacional de salud mental, que permitirá tomar decisiones informadas.

A continuación, hizo referencia a aquellos puntos que consideró tienen la oportunidad de ser mejorados, como el financiamiento. Recordó que, tal como se ha señalado, la OMS recomienda que al menos un 5% del presupuesto de salud sea destinado a salud mental. Expresó que cabe preguntarse por qué se indica ese porcentaje, siendo que hay otros problemas de salud, que no están solicitando porcentajes de inversión. La respuesta es porque la salud mental ha estado históricamente muy relegada y genera altos costos, porque la carga de enfermedad es 10 veces la inversión que se hace en materia de salud mental. Por ello, estimó que debe haber alguna regulación en la ley que garantice este financiamiento mínimo.

Para tal efecto, indicó que puede haber incentivos a las entidades públicas y privadas, asociadas a beneficios tributarios, podría haber incentivos no económicos a personas que se dedican a hacer trabajo voluntario en salud mental.

Informó que ni en los países con más altos ingresos se logra cerrar las brechas de tratamiento. Añadió que en países como Inglaterra o Alemania, el 30% o 40% de las personas que requieren atención por salud mental no la están recibiendo. Por lo anterior, manifestó que el aumento de la disponibilidad no va a resolver todas las brechas.

Un segundo punto que consideró puede ser mejorado, es la Comisión Nacional de Protección de Derechos y Salud Mental. El proyecto de ley disminuye la representación en cantidad de personas que integraban esa Comisión y en cualidad, porque antes estaba representada la sociedad civil en la ley N° 20.584, y ahora no lo está.

Informó que, en otros países, este tipo de organismos son autónomos, porque deben ocupar un rol de necesario contrapeso para situaciones donde la propia institucionalidad sanitaria podría vulnerar esos derechos. Propuso pensar en algo parecido a lo que, en materia de menores de edad, es la Defensoría de la Niñez.

Un tercer punto, expresó, es la incertidumbre en la materialización de lo declarativo. Observó que hay partes del proyecto de ley que son demasiado amplios, no se entiende el modo en el cual se podría traducir en modificaciones específicas, en cierre de brecha, por lo tanto, consideró que, en general, el éxito de la ley va a estar supeditado a la creación de numerosos reglamentos, normas técnicas, que debe dictar el Ejecutivo, que suelen exceder en mucho el plazo prescrito por el legislador.

Adicionalmente, sostuvo que técnicamente es muy desafiante la elaboración de los nuevos reglamentos, porque la salud mental no es como otras materias de salud, es híbrido, cambia dependiendo de los territorios y, por lo tanto, es muy difícil entender cómo las personas se comportan.

Explicó que es complejo y desafiante, no se puede generar un lineamiento estándar para todos. Probablemente una reconfiguración o una adaptación local, pueda permitir un mejor resultado en esa materia.

Estimó que también puede ser una oportunidad de mejora, la participación en diálogo social, que se describe como un principio. Mencionó cuatro funciones que han desarrollado en las investigaciones de la Escuela de Salud Mental, que se identifican en torno a la participación. La sociedad civil puede participar: interviniendo, decidiendo, fiscalizando y siendo parte de la producción del conocimiento.

Explicó que la intervención, se puede realizar con el trabajo de las comunidades en la prevención, con estrategias y evidencia, el rol, por ejemplo, de agentes comunitarios en salud mental, que son personas que se forman voluntariamente, pueden contribuir a cerrar estas brechas.

La gran proporción de acciones de salud mental, continuó, no está en una respuesta especializada, sino que está en la atención primaria de salud (APS) y en factores relacionados con los entornos donde las personas viven y trabajan.

En materia de decisión, indicó que podría esperarse que el rol de la sociedad civil está presente en el desarrollo de la política y del plan. Añadió que el proyecto de ley señala que es un Comité Interministerial, no habla de otras representaciones.

En el tercer punto, sobre la fiscalización, observó que no hay una claridad respecto de un rol fiscalizador de la Comisión de Protección, es más bien como un organismo de consulta o de asesoría. Consideró que puede haber una dotación de mayor fiscalización, incluso que pueda realizar recomendaciones cuando hay que reparar daños en la atención en salud.

Respecto al conocimiento, añadió que en muchos países casi no se concibe investigación en salud mental sin que dentro de los equipos de investigación estén personas que viven en carne propia los problemas de salud o hayan acompañado personas con esos problemas de salud, expertos por experiencia.

Para finalizar, señaló que la Escuela de Salud Pública hace un par de años, fue designada como centro colaborador de la Organización Panamericana de la Salud en materias de investigación de servicios de salud mental y hay un área que específicamente revisa la legislación en torno a salud

mental de diversos países. Añadió que sería interesante hacer una colaboración con el Congreso Nacional para generar otras instancias de diálogo y de revisión.

El **Honorable Senador señor Castro González** reiteró su preocupación por la falta de los reglamentos que establece la ley N° 21.331, que se promulgó hacer tres años.

A su vez, el **Director de FONASA, señor Camilo Cid** comentó que como FONASA tienen una visión de principios respecto de este tema y, en segundo término, una visión financiera, por la naturaleza del Fondo financiador de las prestaciones de salud.

Manifestó que los aspectos de principio y de reconocimiento de derechos de la salud mental, como un componente del bienestar de las personas, en particular, beneficiarias del FONASA, es un tremendo avance que reconoce la necesidad de promoción y protección de la salud mental y del otorgamiento de los servicios de manera integral, de calidad, que promuevan la inclusión social de las personas con enfermedades de salud mental grave y persistente.

Sostuvo que es una iniciativa que se aboca a los determinantes sociales de la salud en el campo de la salud mental, fundamentalmente, a través de la coordinación intersectorial. Para tal efecto, añadió, se propone un Comité Interministerial de Salud Mental, de manera que, a través de distintos ministerios, aborde el problema en forma global y no se enfoque solamente en la atención de salud.

Respecto a los temas propiamente del Fondo, comentó que FONASA se desenvuelve mediante dos modalidades, la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la Modalidad de Libre Elección (MLE). Aclaró que la recientemente aprobada modalidad de cobertura complementaria, aún no está implementada.

Señaló que existen distintos programas que abordan el sistema de salud mental, principalmente en la MAI, por ejemplo, el GES. Añadió que la MAI tiene un financiamiento, a través del presupuesto, por prestaciones institucionales y por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) a los hospitales. Mencionó que hay cerca de 20 códigos de salud mental que tienen plena vigencia, pero a su vez, hay GRD, que incorporan las hospitalizaciones de salud mental.

En cuanto al GES, precisó que hay cuatro problemas de salud mental que financia el Fondo: la esquizofrenia; depresión en personas mayores de 15 años; el consumo de dependencia, de riesgo bajo a moderado, de alcohol y droga, en personas menores de 20 años; enfermedades de Alzheimer

y otras demencias, que son problemas GES (15, 34, 53 y 85, respectivamente, financiados por FONASA).

Informó que, en los cuatro problemas indicados, durante este año, se han atendido a cerca de 60.000 personas en GES, acumulando un gasto de 13.500 millones de pesos, lo que implica 200.000 prestaciones brindadas.

Por su parte, prosiguió, en la MLE hay 36 prestaciones codificadas, relacionadas con salud mental, que van desde la consulta médica de especialidad en psiquiatría de adultos, pediátrica, días cama de hospitalización integral de psiquiatría, consulta de especialidad psiquiátrica adultos, exámenes de laboratorio, una serie de controles, psicología clínica, psicoterapia individual, incluyendo la psicoterapia de pareja y una serie de test psiquiátricos de evaluación de personalidad. Añadió que existe un subsidio que FONASA otorga para los bonos por prestaciones de salud de MLE, cercano a los 8.000 millones de pesos, este año, que beneficiaron a cerca de 1.350 personas.

A continuación, se refirió a los desafíos que enfrentan, tales como la cantidad de especialistas inscritos en la MLE, la cual que es baja. Precisó que hay números que se deben mejorar, por ejemplo, de los 2.450 psiquiatras que están registrados con esa especialidad, FONASA cuenta solo con 49 médicos en la MLE, lo que genera un problema de oferta en esa modalidad.

Por último, puntualizó que muchas de las prestaciones mencionadas se otorgan a nivel institucional, es decir, clínicas y centros de salud, que tienen la capacidad de otorgarlas.

A su vez, el **Honorable Senador señor Castro González** reparó que este proyecto de ley no cuenta con un financiamiento especial. Al respecto, advirtió que se financiaría solo con los recursos que contemple la Ley de Presupuestos de cada año.

En otro orden de ideas, señaló que, para evitar que esta iniciativa sea un catálogo de buenas intenciones, sería conveniente que la dirección de FONASA realice una evaluación y explique qué ha pasado con las cinco enfermedades de salud mental que tienen cobertura GES, las cuales son: esquizofrenia, depresión en personas de más de 15 años, consumo perjudicial de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, trastorno bipolar en personas mayores de 15 años, y la enfermedad de Alzhéimer y otras demencias.

Consultó por el tiempo de espera, si se han respetado las garantías de oportunidad, la garantía financiera y la garantía de calidad.

Sobre el financiamiento adicional, señaló que es indispensable, por ejemplo, para el caso de los reos inimputables, donde han ocurrido desastres,

violencia, suicidio y no hay una destinación financiera orientada a dar una solución al problema.

Lo mismo ocurre respecto a la violencia escolar y el suicidio adolescente, que es una cuestión que se está desbordado. Añadió, por otra parte, que las adicciones, que en el país superan todos los límites, tampoco encuentran una solución en este proyecto de ley.

Por todo lo anterior, consultó al Director de FONASA su opinión sobre el financiamiento.

A continuación, el **Honorable Senador señor Macaya** sostuvo que un proyecto de ley con buenas intenciones debe ir acompañado de un financiamiento basado en un diagnóstico de las enfermedades de GES pero, además, de una evaluación de las enfermedades de salud mental que están codificadas. Añadió que la cobertura de salud mental tiene un reembolso bajísimo, por ello, es necesario conocer el punto de partida en esta discusión.

Agregó que faltan camas psiquiátricas en el sector público, y hay problemas para las personas que están en prisión presentida, las cuales deberían estar internados, pero que no pueden ser derivados por falta de camas.

Por lo anterior, preguntó si existe un diagnóstico sobre la cantidad de camas psiquiátricas que faltan en el país.

Por último, consultó al Director de FONASA la razón de la poca cantidad de psiquiatras afiliados a la modalidad de libre elección, lo que, en su opinión, se puede deber a la falta de incentivos desde el sector público.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** señaló que hay que avanzar en el debate, pues, no obstante faltan algunos temas en el diagnóstico, los grandes desafíos están claros.

Agregó que el proyecto de ley visibiliza una problemática de salud que estaba bastante escondida, por lo tanto, da espacio a políticas públicas.

Por su parte, el **Director de FONASA**, respecto a las preguntas sobre GES, respondió que efectivamente los 5 problemas de salud que garantiza están en pleno desarrollo y no son los problemas que más abultan los retrasos, los cuales están concentrados fundamentalmente en oftalmología y en cáncer.

En segundo término, dio a conocer algunos datos respecto a problemas del año pasado y de este año. Por ejemplo, en esquizofrenia se atendieron el año 2023 cerca de 80.000 prestaciones, que equivalen a 13.250 personas, con un gasto cercano a los 7.900 millones de pesos.

Agregó que, en depresión, 37.159 personas fueron atendidas el año pasado, con un gasto cercano a los 5.000 millones de pesos. En consumo perjudicial de alcohol y drogas en menores de 20 años, se atendieron 656 personas, lo que implicó un gasto de 215 millones de pesos y, en la enfermedad de Alzheimer, 16.433 personas se atendieron el año 2023, con un gasto de 5.400 millones de pesos.

En las cuatro categorías, se aprecia un gasto de 18.000 millones, con un total de 66.000 personas atendidas y 284.000 prestaciones.

Respecto al financiamiento general, afirmó que el sector invierte muchos recursos en salud mental, en distintos niveles, en atención primaria, atención secundaria y terciaria, lo cual se demuestra en las inversiones y en las distintas presentaciones presupuestarias. Por ejemplo, en el abordaje de estrategias de atención de servicios de salud mental, el año pasado se gastaron cerca de 20.000 millones de pesos, en temas como atención integral de personas con demencia, mejoramiento de la calidad de la atención de salud mental, en atención primaria, en la puesta en marcha de los COSAM que estaban comprometidos, entre otras actividades.

Precisó que la pregunta va dirigida hacia el proyecto de ley y sostuvo que el conjunto de servicios que se plantean como prestaciones se incluyen en los esfuerzos presupuestarios de la ejecución del año en curso y en las discusiones presupuestarias de cada año.

Sobre las consultas de especialistas en psiquiatría, contestó que en la MLE hay pocos, lo que probablemente responden a las condiciones de alternativas mejores. Sin embargo, señaló que la prioridad ante los recursos escasos, está en la atención integral que puede ofrecer la modalidad de atención institucional en salud mental, ahí está la gran inversión del sector.

Explicó que, dentro del arancel de la modalidad de cobertura complementaria, se incluyen las prestaciones de la MLE de salud mental, es decir, las 36 mencionadas anteriormente. Sostuvo que se ha pensado en los incentivos, con una situación mejorada respecto de los valores que se expresan.

El **Honorable Senador señor Castro González** señaló que es necesario revisar los números incorporados en el informe financiero asociado a la iniciativa de ley, para analizar la compatibilidad que tienen con la magnitud del desafío y si se puede cumplir este itinerario, que se debe cruzar con la información del presupuesto del año 2025.

Luego, el **Director de FONASA** reiteró que es a través de la modalidad de cobertura complementaria donde han incorporado las

prestaciones con un arancel diferente, de manera de generar mejores incentivos, para que los psiquiatras participen en esta modalidad.

A su vez, el **Honorable Senador señor Macaya** indicó que esperar la modalidad de cobertura complementaria, que aún no está vigente, para mejorar los aranceles de la modalidad de libre elección, es renunciar a la oportunidad que existe hoy con instrumentos que tiene la Dirección de FONASA.

Puntualizó que, si alguna virtud tiene que la Dirección de FONASA sea un cargo de Alta Dirección Pública, es que debiera tener una independencia en estas materias, para solucionar los problemas relevantes en la actualidad, más allá de las reformas que se estén discutiendo en el Parlamento.

Recordó que el acceso a la modalidad de cobertura complementaria es solo para aquellas personas que puedan pagarla, lo que significa una restricción y un problema desde la perspectiva que se requiere en salud mental.

La **Directora del Observatorio de Salud Mental Chile, señora Danae Cerda**, acompañó una presentación a su exposición y comentó que la salud mental refiere distintos aspectos de la vida, no solamente lo emocional, sino que también lo social, tiene que ver con lo cognitivo y con todas las capacidades para poder desenvolverse en una sociedad, según la OMS.

En el enfoque de aporte y sugerencias, mencionó que contará con una mirada constructiva que busca fortalecer y potenciar el bienestar de las personas usuarias, que les permita la mejor rehabilitación, terapias, tratamientos, reinserción a la sociedad, y al rol que puedan haber estado cumpliendo antes de su padecimiento, considerando que las condiciones o trastornos de salud pueden ser transitorios o permanentes.

A continuación, hizo referencia a la situación de la salud mental en Chile. Señaló que realizan una encuesta trimestral nacional, de todos los niveles de salud mental en el país. En una escala preliminar de los problemas de salud mental por grupo etario, detalló a continuación, el escenario observado en los problemas de depresión, ansiedad, riesgo de suicidio y las adicciones.

Explicó que, en depresión y ansiedad de la población infantil juvenil, se observa un grave problema, que va en aumento exponencial, al igual que en el grupo etario de personas mayores, registrando un 45% y 55%, respectivamente. En cuanto a las personas adultas, es un 43%, que también es preocupante.

En relación al riesgo de suicidio, que está vinculado a la depresión y a la ansiedad, se registra un 16% en infanto juvenil, y en adicciones, un 28%. Añadió que, en la población adulta, el riesgo de suicidio también es alto, 23%. Por su parte, un 46% de las personas adultas está con problemas de adicciones, tanto al alcohol, drogas u otros.

Agregó que las personas mayores también presentan problemas de adicciones, sobre todo al alcohol, lo cual está correlacionado con la soledad que muchas veces padecen.

A continuación, mencionó algunas sugerencias al articulado del proyecto de ley.

Respecto al artículo 1, inciso 2, propuso, en aquella parte que se refiere a personas con enfermedades o trastornos de salud mental, agregar la frase “permanentes o transitorias”, ya que, dentro del espectro de paciente de salud mental, existen diferentes grados de rehabilitación.

En relación al artículo 4, que contempla las acciones generales del Estado, sugirió promover la inclusión social, considerando las diversidades de necesidades e indicaciones terapéuticas de cada persona.

Indicó que lo anterior está vinculado con el punto anterior, donde se establece que no todas las personas tienen la misma condición de salud, ni el mismo nivel de trastorno de salud mental. Por tanto, siempre tiene que existir un proceso, una diversidad e indicaciones terapéuticas para cada persona.

Sobre la desinstitucionalización, en coherencia a la protección de los derechos fundamentales de las personas, manifestó que está en sintonía con lo planteado por la OMS y se aprecia en la ley N° 21.331. Recordó que desde la OMS se insta por un proceso escalonado para proceder en la transformación y el cierre de los lugares asilares.

Como sugerencia, sostuvo que es importante observar y medir continuamente el comportamiento y estado de salud mental de las personas en cada comuna, ciudad y región del país. Añadió que, como Observatorio de Salud Mental Chile, realizan una medición cada tres meses y han constatado una merma en el mejoramiento, además que las necesidades no son las mismas de una región a otra.

También propuso establecer lo que ocurre con el resguardo de la integridad física y de los cuidadores de las personas que requieren cuidados continuos por trastornos graves o permanentes, por ejemplo, en casos de intento de suicidio, con adicciones a drogas, casos de demencia, donde los cuidadores no tienen los medios ni las condiciones para tenerlos de la mejor forma en sus casas.

En cuanto a la recopilación y resguardo de información, señaló que se debe apuntar a la permisología de resguardo de acceso de la ficha clínica electrónica, integrada, única y nacional. Añadió que se deben establecer políticas, controles para la protección de los derechos del paciente a su privacidad. En ese sentido, planteó la importancia de tener un control, como un centro de información, con el objeto de resguardar la información y la privacidad de cada usuario, paciente o persona atendida.

En relación a la vigilancia de salud pública en el ámbito de salud mental, manifestó la necesidad que la ficha electrónica integrada, única y nacional, sea resguardada por políticas y controles que propendan a la protección de los derechos del paciente y su privacidad. Añadió que, sin tales resguardos, se generarán muchas dudas y opiniones, que podrían retrasar el avance de esta iniciativa de ley.

Sobre la intersectorialidad, añadió que se puede ocupar la telemedicina para reducir las listas de espera en pacientes con patologías menos complejas. Añadió que, sin embrago, si se puede realizar promoción y prevención de la salud mental, a través de esa vía.

Reiteró que se debe procurar que la intersectorialidad funcione en las atenciones de salud mental en todo Chile, con una ficha única, personal, actualizada, con datos protegidos y en línea, para todos los servicios de salud del país.

Luego, observó que la temporalidad de la encuesta nacional de salud mental, señalada en el artículo 9, es demasiado amplia, al indicar que se realizará al menos cada 10 años. Sostuvo que la actualización del estado de salud mental de la población, es importante para el impacto de políticas públicas y la para la toma de decisiones. Al respecto, propuso se realice la actualización, al menos, una vez al año.

En cuanto a los diversos niveles de complejidad en salud mental coherentes a los tratamientos, sugirió que tanto los tratamientos como la hospitalización por salud mental, debe estar dividida en niveles de complejidad, tal como se realiza con la salud física. Por lo anterior, propuso un modelo con tipologías de atención por trastornos o condiciones de salud mental, transitorias o permanentes, que considera diferentes niveles de complejidad, asociados a colores del verde al rojo.

Agregó que este modelo que utiliza el Observatorio, adhiere a lo que propone el proyecto de ley y lo actualiza. Informó que, en el primer nivel, se encuentran las atenciones preventivas, controles multidisciplinarios de evaluación cada dos meses.

La acción transversal, para todos los niveles, es la promoción de salud mental, la salud mental comunitaria y la inclusión de cuidadores. A

continuación, está la atención de salud mental, con evaluación cada dos semanas.

En el siguiente nivel, se encuentran las atenciones semanales, la temporalidad se va reduciendo. Recalcó la importancia de no cambiar a los profesionales de salud mental, porque el cambio constante de los profesionales, es una de las causales de abandono de tratamientos.

Respecto a la internación psiquiátrica de corta estadía, que es el siguiente nivel de riesgo, llamó a ahondar en el cuidado sociosanitario, en el proceso de inclusión social e incorporar la visita domiciliaria a las familias, porque cuando una persona está internada, hay una familia que también está sufriendo.

Finalmente, en el modelo de tipología, refirió que se encuentra la internación psiquiátrica mayor a 30 días, que también incorpora visita domiciliaria a la familia.

A continuación, se refirió a la atención de urgencia psiquiátrica, específicamente al texto que señala que la hospitalización psiquiátrica podrá ser provista en hospitales de baja, mediana y alta complejidad. En este sentido, sugirió definir en qué condiciones podrá ser provista la atención o si será un deber.

Otro tema importante, mencionó, es atender la salud mental de los trabajadores de salud, porque dentro de los factores que pueden influir en el trato a los usuarios está la salud mental de las mismas personas que trabajan en los servicios asistenciales. Si eso no está bien, toda la cadena falla.

Por último, señaló que se debe establecer un presupuesto para cada acción. Por eso, sugirió destinar recursos para comisiones y mesas de trabajo, que promuevan la calidad y continuidad del logro de objetivos propuestos.

Finalmente, indicó que se requiere aumentar el presupuesto y gestionar eficientemente el existente para la ejecución de políticas, planes y programas propuestos en el proyecto de ley. Precisó que se debe aumentar, al menos a un 5% el presupuesto destinado a salud mental.

El **Honorable Senador señor Macaya** destacó la incorporación de este tema en la inclusión social como concepto, lo cual se ha discutido poco.

Comentó que, en diversas ocasiones, los médicos, incluso sin especialidad de psiquiatras, otorgan licencias médicas relacionadas con salud mental. Al respecto, consultó a la Directora del Observatorio, si han estudiado desde el enfoque de las licencias médicas, algún ajuste respecto a la reincorporación de las personas a la vida cotidiana, luego de meses de licencia

médica psiquiátrica. Tal vez, proponer la disminución del pago de la licencia, luego de varios meses, porque es importante que las personas retomen la normalidad en su vida y ámbito laboral.

La **Directora del Observatorio** señaló que tienen la misma mirada, en relación a que no se puede extender permanentemente una licencia médica de salud mental, toda vez que eso genera un rechazo, una aversión al lugar de trabajo. Añadió que, desde lo cognitivo-conductual, genera un efecto negativo en las personas, en su conducta, pues luego, se genera un estrés postraumático.

Indicó que se debe analizar cada caso, pero siempre se aconseja una gradualidad al incorporarse al trabajo, por ejemplo, si una persona tiene tres meses de licencia médica, al tercer mes se debe generar un plan, por eso es relevante que las personas adhieran, no sólo a un proceso farmacológico y de licencia médica, sino que también a un proceso de psicoterapia y en ese punto es importante la cobertura de FONASA y de las ISAPRES. Advirtió que, si esos factores no ocurren, es difícil que las personas se puedan volver a integrar. Reiteró que la inclusión social y el reintegro son fundamentales.

Enseguida, el **Gerente de Operaciones del Observatorio de Salud Mental Chile, señor Francisco Javier González,** complementó la respuesta acerca de las licencias médicas por salud mental. Al respecto, señaló que, no obstante existir un mal uso de las licencias psiquiátricas, ello no es la regla, pues la mayoría de las personas que van a un médico especialista en salud mental es porque la necesitan.

Además de fiscalizar a aquellos médicos que dan licencias sin motivo, prosiguió, el esfuerzo también se debe enfocar a respetar el proceso de sanación de los pacientes, a través de los seguros de FONASA e ISAPRES. Si, por ejemplo, el COMPIN no paga las remuneraciones porque cuestiona el criterio de un médico respecto a la licencia, se genera un problema.

El **Honorable Senador señor Chahuán** comentó que estamos atravesando una pandemia en salud mental, lo que se agrava por la falta de cobertura. Mostró su preocupación por los altos índices de suicidio en niños, niñas y adolescentes y los altos índices de suicidio en personas mayores. Respecto al primero, indicó que Chile se encuentra en uno de los primeros lugares del mundo y en el segundo lugar en Latinoamérica, en el caso del suicidio de personas mayores.

Agregó que el problema se puede deber a temas de apego por las diferencias que se dan, fundamentalmente, en la primera etapa del desarrollo neurobiológico, y por la soledad en la tercera y cuarta edad. Sostuvo que el proyecto de ley establece una base de principio y no establece recursos que se hagan cargo de la demanda, lo que se debe aclarar para no generar expectativas.

Recordó que hay otro proyecto de ley en esta Comisión de Salud, aprobado en general, que tienen por objeto otorgar atención prioritaria para aquellos niños que están bajo la responsabilidad del Estado, y la idea es refundirlo con la iniciativa en estudio.

A continuación, el **Defensor de la Niñez, señor Anuar Quesille**, acompañó una presentación en su exposición e indicó que el objetivo de la intervención como Defensoría de Niñez a este proyecto de ley, dice en relación, en primer lugar, con entender cuál es el diagnóstico general, en materia de salud mental de niños, niñas y adolescentes, realizar algunas observaciones particulares al proyecto de ley que hoy se está conociendo por esta Comisión, y finalmente formular algunas recomendaciones tanto generales como particulares respecto al proyecto, pero en general, a cómo el enfoque de este proyecto debería contribuir a cumplir los desafíos que actualmente el Estado de Chile enfrenta en materia de reconocimiento y garantía del derecho a la salud mental, que es uno de los principales desafíos y una de las más grandes brechas, que desde la Defensoría de la Niñez se han identificado.

Señaló que los comentarios se enmarcan en las facultades que la propia ley N° 21.067 le otorga a la Defensoría de la Niñez, dentro de las cuales se encuentra la facultad de emitir informes y recomendaciones, observar el seguimiento de la actuación del órgano de la administración del Estado, y finalmente promover el cumplimiento de la Convención Sobre los Derechos del Niño, agregando además que junto con la vigencia de la ley N° 21.430, de garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, parte de las grandes facultades que tiene la Defensoría de la Niñez, es verificar y monitorear que el Estado y sus instituciones cumplan sus obligaciones para las cuales han sido estatuidos constitucional o legalmente.

En tal sentido, señaló que desde distintos levantamientos de información que ha relevado la Defensoría de la Niñez, a propósito del trabajo que realiza el Observatorio de Derecho de la Defensoría, pero también desde la propia información que ha levantado el Estado, se pueden señalar algunos problemas relevantes que justifican y fundamentan la situación actual sobre el aumento de los problemas de salud mental en niñez y adolescencia, lo que se refleja en indicadores de distinta naturaleza.

Indicó que las cifras publicadas por la Defensoría de la Niñez este año, en el estudio de opinión de niños, niñas, y adolescentes bajo medidas de protección y que han sido vulnerados en sus derechos, son fruto de un trabajo que consultó a niños, niñas, y adolescentes bajo protección del Estado, sobre distintas temáticas, entre ellas la salud mental, a través de una metodología validada.

Informó que un 38% ha señalado que cuando ha tenido la necesidad de ir a un psicólogo, no ha podido hacerlo. Añadió que el 43% de estos niños y

niñas, que están bajo protección del Estado, opinan exactamente lo mismo respecto a no poder acceder a una atención psiquiátrica.

Junto con ello, prosiguió, el 22% de niños y niñas en centros residenciales, es decir, que están separados de sus familias, sienten que no tienen amigos y que no son bien tratados por sus propios compañeros, todo lo cual quiere decir que hay problemas de salud mental respecto de los cuales el Estado no puede estar indiferente.

Otro tema importante, agregó, son los datos que ha elaborado el Ministerio de Salud, donde se diagnostica un aumento del 37% en la tasa de suicidio en general, pero en el caso de los adolescentes, esa tasa aumenta en 44%, lo que da cuenta de un aumento preocupante de la proporción de adolescentes que siempre o casi siempre experimentan o tienen pensamientos suicidas.

Finalmente, expresó que el Instituto Nacional de la Juventud ha levantado un tema relevante relativo al nivel de satisfacción de los adolescentes con la vida, el cual ha experimentado una preocupante disminución. Añadió que un porcentaje importante de adolescentes entre 15 y 17 años, manifiestan que no están satisfechos con su vida, que se sienten mal, que sus necesidades no están cubiertas y que, por lo tanto, no viven bien, independiente de la situación en que se encuentren.

Lo anterior da cuenta de los desafíos que actualmente debe enfrentar el Estado y respecto de los cuales, existe un abordaje deficiente, históricamente hablando, de la salud mental de niños y adolescentes.

A continuación, hizo referencia al proyecto de ley en estudio, que busca incluir la salud mental en todas las políticas públicas, con un enfoque intersectorial, lo que es vital, porque contribuye a avanzar en la desestigmatización de las personas que requieren una atención en materia de salud mental. Además, prosiguió, el proyecto declara que el propósito es proporcionar una atención cercana e integral, asegurando la calidad de los servicios de salud mental e integrarlos a otros cuidados en red, cuestión que es muy relevante, a propósito de lo que la propia ley N° 21.430, de garantías y protección integral de la niñez y adolescencia, establece sobre la necesidad de que los organismos del sistema de protección integral actúen bajo la lógica de mecanismos de relacionamiento.

A su vez, prosiguió, el proyecto de ley expresa el resguardo de derechos fundamentales, a través de mecanismos de salvaguardia de protección, lo que es importante respecto a materias relacionadas con niños, niñas y adolescentes, porque el Sistema de Garantías y Protección Integral, establecido en la ley N° 21.430, mandata a los organismos de la Administración del Estado, que tienen un grado directo o indirecto en materia de niñez, a generar mecanismos de salvaguardia, que no solamente permitan que las

instituciones atiendan o cumplan su mandato, sino que además, bajo la lógica de ir atendiendo o cumpliendo su misión, esas mismas instituciones no vulneren los derechos de niños, niñas y adolescentes, a través de maltrato, estigmatización o revictimización.

Por otra parte, señaló que la iniciativa promueve el derecho a la inclusión social y la vida independiente de las personas con enfermedades de salud mental grave y persistente.

Destacó particularmente, que este proyecto menciona expresamente la aplicación y la relación indubitada que tiene que tener esta futura ley, con la ley N° 21.430, sobre protección integral y garantía de los derechos de la niñez.

Enseguida, valoró algunos aspectos relevantes del proyecto, en primer lugar, valoró la incorporación de los principios transversales de protección a la salud mental y la expresa aplicación de los principios consagrados en la ley N° 21.331, integral de salud mental.

Consideró especialmente trascendente la referencia de la letra f) del artículo 3º, sobre el respeto al desarrollo de las facultades de niños, niñas y adolescentes y su derecho a la autonomía progresiva, a preservar y desarrollar su identidad, toda vez que esto es consistente con lo que la propia Convención sobre los Derechos del Niño regula en materia de evolución de facultades, determinar los grados de acompañamiento que requieren los niños, niñas, y adolescentes, y también es consistente con lo que la propia ley N° 21.430 indica.

En cuanto a la referencia a niños, niñas y adolescentes, recomendó incluir el principio de interés superior del niño. Indicó que existe una referencia a que lo que debe impulsar las políticas públicas en cualquier materia, que es precisamente la satisfacción o la consideración primordial del interés superior de los niños, tal como lo dispone el artículo 7 de la ley N° 21.430 y el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Agregó que la aplicación del artículo 7 de la ley N° 21.430, contribuiría al contenido de esta futura ley, a fin de identificar criterios objetivos que permitan evitar cualquier grado de discrecionalidad, cuando un niño o una niña requiere atención de salud mental y el Estado y los servicios que están mandatados para este fin, deban garantizarlos.

Respecto del artículo 7, en materia de planificación, implementación, y monitoreo de la política y evaluación de salud de salud mental en su plan de acción, señaló que la Defensoría de la Niñez ha recomendado insistentemente, que el Plan Nacional no esté solo suscrito al Ministerio de Salud, lo que fue recogido por el proyecto de ley, ya que se crea el Comité Interministerial, que está compuesto por una serie de ministerios que tienen un grado de mandato

en esta materia, lo que desde el punto de vista de los intereses, formulados en las recomendaciones de la Defensoría de Niñez, es un punto que se ha recogido satisfactoriamente. Sin embargo, el monitoreo y la evaluación de la política y el plan, continúa proponiéndose como una obligación estrictamente de responsabilidad del Ministerio de Salud lo que, en su opinión, no solamente debe ser responsabilidad de dicho Ministerio, sino que también debe existir un compromiso formal de todas las instituciones que tienen algo que decir en la materia y que están claramente detalladas en el proyecto de ley en discusión.

Por otra parte, señaló que es relevante el artículo 18, referente al rol del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, que se conocía como Mejor Niñez. Indicó que el rol, en conjunto con el Ministerio de Salud, en cuanto al desarrollo de acciones necesarias para el acceso priorizado a los cuidados de salud mental de niños, niñas y adolescentes, desde la Defensoría de la Niñez, lo observan como un avance importante en el marco normativo, ya que es un grupo que requiere garantías reforzadas de protección, pues así lo dispone el artículo 51 de la ley N° 21.430.

Luego, llamó a entender que en todas las instancias, comisiones investigadoras, comisiones temáticas, o en cualquier circunstancia legislativa donde la Cámara de Diputados o el Senado de la República han analizado los problemas de la implementación del Servicio Nacional de Protección Especializada, el tema que transversalmente distintos parlamentarios han hecho presente es que una de las mayores brechas que experimentan los niños, niños, y adolescentes bajo la protección del Estado, es la atención de salud mental.

Agregó que la disposición no debe mermar el principio de universalidad, la idea de salud mental para todos los niños, niñas, y adolescentes, en cualquier estamento social o cultural. A su vez, observó que no se indica la especificidad en la forma de desarrollar acciones de prevención para el abordaje de episodios agudos de salud mental, las cuales pueden ser más importantes que el abordaje propiamente tal.

Estimó que, si no se regula mediante un reglamento u otra vía normativa, al menos debería contener una referencia al desarrollo de acciones de prevención en el abordaje, en el caso específicamente de los episodios agudos de salud mental, en la línea de acción de cuidado alternativo, es decir, cuidados residenciales y acompañamiento familiar.

A su vez sugirió analizar la incorporación de una línea estratégica con el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), para resolver brechas actuales de cobertura en la materia.

Como observaciones generales al proyecto, consideró que en el país aún existe una deficiente comprensión del concepto de salud mental y de

todas sus especificidades en el caso de niños, niñas y adolescentes, toda vez que aún no se han abandonado los cuestionamientos de que existan ciertas patologías de niños, niñas y adolescentes, y muchas veces se desestiman, porque creen que son comportamientos asociados a cierta edad o que son pataletas y que no serían problemas de salud mental.

Sostuvo que la utilización del concepto de trastorno salud mental ha sido cuestionada por organizaciones de derechos humanos, que se dedican a la materia, por su característica estigmatizadora y lo que actualmente está más aceptado a nivel comparado y transversal, es el concepto de discapacidad psicosocial o problema de salud mental.

Respecto de la asignación de recursos en materia de salud mental, consideró que es importante la protección financiera para la promoción, la prevención y atención a salud mental de niños y niñas y adolescentes, bajo un esquema intersectorial de presupuestos integrados.

Al observar la Ley de Presupuestos del año 2025, prosiguió, se evidencia un grave problema, porque no existen asignaciones presupuestarias suficientes para la niñez, en general, ni sus instituciones, y probablemente, salud mental sea uno de los temas más invisibilizados en el presupuesto.

Respecto a algunas observaciones específicas, planteó que, aunque el proyecto promueve la formación y capacitación continua del personal de salud, recomendó incluir consideraciones específicas para la atención y cuidado de niños, niñas y adolescentes, de manera que sea un punto de necesaria formación y especialización del referido personal.

En materia de fomento de la investigación en salud mental, como medida intersectorial de protección, donde se refieren a instancias de diálogo y coordinación con diferentes instituciones, propuso que se debiera indicar específicamente la inclusión de mecanismos efectivos de participación de niños, niñas y adolescentes, para mejorar las políticas públicas y que dichas instancias deben ser efectivas, eficientes y no meramente simbólicas.

Expresó que, en cuanto a la medida de investigación, resulta desprovista de un sistema de información que permita recoger, procesar, analizar, y difundir datos sobre salud mental. Afirmó que una de las grandes deficiencias que actualmente enfrenta el Estado de Chile en materia de niñez, es la falta de datos unificados, que permitan saber las brechas que tenemos y cuáles son las metas a las cuales se debe avanzar. En tal sentido, indicó que es necesario implementar un sistema de registro que permita monitorear la implementación de la política de dicho sistema.

Por último, respecto de la Comisión Nacional de Protección de Derechos de Salud Mental, propuso la conformación de una Comisión Nacional de Salud Mental independiente del Ministerio de Salud, con una línea

específica de acción para niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo la participación de organizaciones civiles, academia y organizaciones de usuarios, niños, niñas y adolescentes. Aclaró que el objetivo de dicha Comisión debiera ser generar propuestas vinculantes al Estado.

Sobre la promoción y prevención de salud mental en establecimientos educacionales, así como la inclusión educativa de los estudiantes con enfermedad o trastorno en salud mental, y fomento de la vida, la convivencia y el buen trato, identificó una falta de especificidad en el trabajo intersectorial en torno a la salud mental, como también respecto de las estrategias para fortalecer y desarrollar acciones de promoción. Por lo tanto, sugirió potenciar el rol de estudiantes líderes, como impulsores y promotores sobre temáticas de autocuidado, promoción del buen trato, el apoyo mutuo, el manejo de estrés y otras temáticas relacionadas a la salud mental.

En general, consideró que el proyecto de ley va en la línea correcta, ya que avanza y cumple con muchos de los desafíos que actualmente enfrenta el Estado. Sin embargo, señaló que aún se está a tiempo para relevar y generar un reforzamiento de la importancia que los temas de salud mental y el compromiso que el Estado debe tener en materia de garantía del derecho a la salud mental para niños, niñas y adolescentes, hacerlo consistente con el sistema de garantías, con la política nacional de niños, niñas y adolescentes y su plan de acción, que por lo demás, deberían tener líneas estratégicas en esta materia.

A continuación, el **Honorable Senador señor Castro González** planteó su preocupación con relación a la violencia escolar, la cual requiere un abordaje integral y no observa cómo este proyecto de ley contribuye a solucionar el conflicto.

En segundo lugar, consultó al Defensor de la Niñez dónde observa el capítulo del suicidio infantil y adolescente. En tercer lugar, solicitó especificar donde se encuentra la política de adicciones de niñas, niños y adolescentes.

También preguntó dónde se encuentra la definición más precisa de trastorno del espectro autista, que tiene una ley que lo regula, pero que carece de recursos suficientes para hacer una implementación en el diseño de la pesquisa precoz y en inclusión escolar.

Argumentó que no ve claramente esos grandes temas plasmados en el proyecto de ley en discusión y solicitó la opinión del Defensor de la Niñez al respecto.

A su vez consultó su opinión sobre el artículo 12 del proyecto de ley, respecto a las asignaciones de recursos en salud mental, el cual tiene un largo párrafo de buenas intenciones, señalando que se podrán considerar criterios de prevalencia, eficacia, efectividad, para la red asistencial, desde la promoción de

la salud, hasta la rehabilitación. También respecto al artículo 18, que trata específicamente sobre niñas, niños y adolescentes, que refrenda la ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de la niñez y la ley N° 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada de la Niñez, indicando que esos servicios, junto al Ministerio de Salud, desarrollarán las acciones para priorizar el cuidado de los niños, niñas, adolescentes bajo protección del Estado, incluyendo la promoción de medidas afirmativas y alineamientos de gestión para la prevención.

Sobre lo anterior, expresó que está de acuerdo, pero que solo es la refrendación de dos leyes que ya existen.

Por su parte, el artículo 22, que trata sobre la Política Nacional de Salud Mental y el Plan de Acción, en su inciso tercero señala que en lo que respecta a niños, niñas y adolescentes, se deberá tener en especial consideración lo establecido en la Política Nacional de la Niñez y Adolescencia y su respectivo Plan de Acción, regulado en el Título V de la ley N° 21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, lo que es una nueva refrendación. Por tanto, preguntó qué es lo nuevo.

Enseguida, la **Honorable Senadora señora Órdenes** manifestó su preocupación por las cifras del suicidio, que mostraba un aumento de 37% en la tasa de suicidio y es más significativa en adolescentes entre 14 y 17 años, registrando un 44%.

Consideró que es preocupante el aumento en ese grupo etario y consultó cómo lo observan este fenómeno desde la Defensoría, y si cuentan con informes respecto de esta situación de niños, niñas, y adolescentes. A su vez, requirió saber la opinión sobre el abordaje de este tema en el proyecto de ley.

El **Honorable Senador señor Macaya** advirtió que se trata de un proyecto de ley que está lleno de buenas intenciones, pero que es en lo práctico y en lo concreto donde están los problemas.

Por lo anterior, preguntó al señor Quesille por los programas o políticas que tiene la Defensoría para la salud mental de niños, niñas y adolescentes y cuáles son las estadísticas en cuanto a prestaciones y cobertura, de lo que haya hecho la Defensoría directamente en la atención de niños y adolescentes.

Sobre las estadísticas presentadas, consultó por información desagregada sobre la satisfacción de la vida, sobre el riesgo suicida entre niños que están en residencias del Estado, en contraposición a los que están en familias de acogida o bajo el cuidado de instituciones privadas.

El **Defensor de la Niñez** respondió que este proyecto debe ser analizado en detalle, porque tiene temas que son bien relevantes, particularmente en materia de niñez y adolescencia. Se comprometió a enviar información desagregada de estadísticas, estudios y la información que han levantado desde la Defensoría.

Sobre el tema del aumento de la violencia escolar, manifestó que es preocupante. Añadió que en el mes de mayo de 2024 publicaron un diagnóstico sobre la materia.

Informó que, teniendo en consideración las cifras otorgadas por el propio Estado, en el diagnóstico de la Defensoría de la Niñez se había detectado un aumento importante de casos de violencia entre pares y también casos de violencia de adultos hacia escolares y además algunos casos de agresiones de estudiantes hacia miembros del cuerpo docente o profesores.

Agregó que la violencia escolar constituye uno de los principales problemas y repercute en las medidas que toma el Estado, porque las tasas de expulsiones y de cancelaciones de matrícula han subido de manera muy preocupante, dando cuenta de que no existe una estrategia que permita hacerse cargo, de manera efectiva, de garantizar el derecho a la integridad personal, integridad física y psíquica de los estudiantes, compatibilizándolo con medidas que permitan, a su vez, resguardar el derecho a la educación. Por lo anterior, expresó que este proyecto debería hacerse cargo de ello

Indicó que los temas de suicidio son relevantes, no solamente están dados por la información que el Instituto Nacional de la Juventud ha elaborado, sino también con las que son producidas por otros organismos del Estado, pero que además tienen que ver con algunos hallazgos que la propia de la Defensoría de la Niñez ha levantado a propósito de un estudio en materia de salud mental, que remitirá a la Comisión de Salud.

Añadió que el monitoreo lo realizan desde la garantía del derecho a la salud, identificando casos importantes, que podrían agravar las cifras que son publicadas por el Ministerio de Salud. Al respecto, planteó que el proyecto de ley se debe hacer cargo de esto.

A propósito de la pregunta realizada por el Senador Macaya, sobre la articulación en la atención, precisó que la Defensoría de la Niñez, dentro de sus competencias, tiene atención directa al público, porque reciben requerimientos de distinta naturaleza, pero cuando se trata de materia de atención, particularmente en materia de salud mental, tienen por misión articularse con los organismos que tienen que otorgar atención en dicha materia. Sin embargo, prosiguió, la oferta es muy escasa, casi inexistente, por lo que intentan hacer todo lo que esté al alcance, para poder hacer atenciones directas a niños, niñas y adolescentes y, además, derivarlos a programas

incluso con universidades, toda vez que el servicio público no tiene oferta en materia de salud mental para dicho grupo etario.

Lo anterior, continuó, se contrapone con el despilfarro de recursos en los que incurre el Estado en materia de salud mental, porque como no hay oferta pública, se recurre a la atención privada y el presupuesto que se gasta supera con creces el propio presupuesto de la Defensoría de la Niñez en materia de abordaje y atención de salud mental.

Respecto a las normas a que hizo referencia el Senador Castro González, en materia de niños, niñas y adolescentes que están bajo protección del Estado, ya sea porque están en una residencia o en una familia de acogida o que están en un programa ambulatorio, desde la Defensoría de la Niñez, cuentan con información desagregada que se ha levantado.

Sobre artículo 12, que se refiere a la asignación de recursos en materia salud mental, estimó que la norma, desde el punto de vista de las intenciones que tiene es correcta, pero debe implicar un compromiso presupuestario, que es lo que actualmente falla en el Estado, toda vez que en términos de garantía de derechos de la niñez, los recursos son insuficientes, los presupuestos públicos para la niñez son los más frágiles actualmente, pero además, debe ser consistente con el propio principio de prioridad presupuestaria que la ley N° 21.430 consagra.

En el caso del artículo 18, de la iniciativa de ley, que está relacionado con el rol del Servicio Nacional de Protección Especializada a Niñez y Adolescencia, reiteró que desde el punto de vista de la referencia a la ley N° 21.430 y a la ley N° 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, es una buena noticia desde el punto de vista de la consagración normativa. Añadió que, sin embargo, debe contemplar el establecimiento de una obligación para el Servicio Nacional de Protección Especializada, a fin de garantizar atención de salud mental.

Agregó que se conoce el problema, pero los niños y niñas y adolescentes que están bajo protección del Estado no tienen acceso a programas de salud mental, ni tampoco a programas que se hagan cargo del consumo problemático de drogas y alcohol. Puntualizó que Senda tiene toda la disposición para poder actuar, pero muchas veces los temas que tienen que ver con la voluntariedad de estos programas, juegan contra de los objetivos del servicio.

Señaló que la Defensoría de la Niñez considera que hay temas que están vinculados particularmente con la determinación del interés superior, donde muchas veces incluso la voluntariedad puede quedar relegada a propósito del interés superior de los niños niñas y adolescentes. Es un conflicto doctrinario entre interés superior e interés manifiesto.

Sostuvo que es muy difícil para la Defensoría analizar este proyecto de ley sin conocer el texto final de la Política Nacional de Niñez y Adolescencia y Plan de Acción, porque seguramente en él se contienen especificidades que lo complementan.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó por la cifra de los niños y niñas y adolescentes que están actualmente en residencias bajo terapia farmacológica con una hipótesis diagnóstica de salud mental y que están a la espera de que las vea una especialista salud mental.

Manifestó no contar con la cifra en estos momentos, pero señaló que se debe tener en cuenta que cerca del 40% de los niños, niñas y adolescentes que están en el Servicio de Protección, conforme a los datos que ha levantado la propia Defensoría de la Niñez, no pueden acceder a salud mental.

A continuación, el **Director del Instituto Psiquiátrico señor José Horwitz, señor Juan Maass**, quien acompañó una presentación en su exposición, señaló que expondrá sobre la historia reciente de los modelos de salud mental y psiquiatría, la ley N° 21.331 y el proyecto de ley en estudio.

Respecto a los modelos de la historia de la psiquiatría manifestó que son importantes de considerar, a fin de conocer de su desarrollo. Explicó que los modelos asilares, junto con el Instituto, surgen en el año 1852, como un asilo, que perduró cerca de 100 años, porque sólo el año 1953, periodo en que se produce la primera gran reforma de salud de Chile, los pacientes mentales ingresan al Ministerio de Salud, ya que antes, estaban a cargo de la beneficencia.

Cuando la institución que dirige se funda, prosiguió, los fundadores de la psiquiatría como Freud y Kraepelin, no existían, nacen cuatro años después, y ellos son quienes reforman en gran parte la disciplina, lo que posteriormente va a ser la salud mental y la psiquiatría.

Recordó que lo central del modelo asilar, es que los pacientes se quedaban a vivir en el hospital. Añadió que, con posterioridad, el Instituto se llamó Manicomio Nacional, que, a pesar de haber cambiado nombre, siguió siendo más o menos el mismo.

Agregó que el Ministerio de Salud se hizo cargo del hospital el año 1953 y se construyó un hospital clásico. Expresó que luego, en el año 1983, se denominó Instituto Horwitz, cambió el nombre, pero no cambiaron mucho las cosas. Informó que aún siguen viviendo pacientes en las instituciones psiquiátricas, porque no tienen dónde cobijarse, no hay servicios sociales que puedan acogerlos en hogares, que es donde debe hacerse la buena salud mental. Añadió que, en la actualidad, coexisten los antiguos nosocomios y la red actual de servicios territorial, con enfoque de derechos humanos.

Respecto a los problemas, indicó las urgencias son masivas en el Instituto, debido a que los servicios de urgencias psiquiátricas han caído en cierta crisis y se han cerrado en Santiago. Excepcionalmente, prosiguió, atienden a niños de 15 años hacia arriba, los cuales son derivados a distintos servicios de pediatría, no sin cierta dificultad.

El año 90 se plantea en Latinoamérica el cierre de las camas psiquiátricas y sobre todo del asilo. Añadió que, posteriormente, en nuestro país surgen varios modelos asistenciales, los cuales hacen énfasis en la atención comunitaria, en la participación social, en la incorporación de nuevas variables de salud mental, pueblo originario, tema de género, entre otros elementos. Explicó que, de alguna forma, desaparece la atención terciaria o se insinúa poco.

Señaló que, a partir del año 90, las camas psiquiátricas han bajado notablemente, sin embargo, lo que debería bajar son las camas de larga estadía y traspasarse a servicios sociales, sanitarios. Añadió que Chile tiene 10.3 camas por cada 100.000 personas, lo cual se considera de las más bajas junto a México. Asimismo, advirtió que existe entre un 50% a 60% de pacientes que deben hospitalizarse, pero no pueden hacerlo.

Sobre lo anterior, destacó que el Ministerio de Salud tiene claro que hay un déficit de camas, tanto adultos como infantiles.

A continuación, hizo referencia a la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental y proyecto de ley en estudio. Al respecto, comentó que el reconocimiento y protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales, especialmente, en su atención sanitaria, es muy importante para los psiquiatras, más aún el proyecto de ley integral, que hace una protección de la salud mental, mediante el abordaje intersectorial. Añadió que la anterior ley plantea una articulación con distintos sectores, pero este proyecto de ley, da tarea a algunos sectores, como educación, trabajo, vivienda, protección social, seguridad pública.

Por su parte, expresó que ley N° 21.331 está orientada a personas con enfermedades mentales o discapacidad psíquica e intelectual. En cambio, el proyecto de ley, está orientado a la población en general, no solamente a los discapacitados. Añadió que la ley N° 21.331 es más sectorial, en el sentido de que aplica las atenciones sanitarias, complementando el catálogo de derechos establecido por la ley N° 20.584, de derechos de deberes del paciente, es decir, especifica las atenciones sanitarias de salud mental para este grupo de personas.

Consideró que el proyecto de ley integral, es muy general, en el sentido que coordina servicios sanitarios y otros servicios estatales. Añadió que

la ley N° 21.331, responde a estándares internacionales de derechos humanos. Explicó que se podría decir que la ley N° 21.331 está orientada a la micro salud mental y la iniciativa de ley, más bien a una macro salud mental.

Lo importante, prosiguió, es que la ley N° 21.331, incorpora estándares internacionales indispensables, como la regulación con rango legal y control judicial de la hospitalización involuntaria, que antes no existía. A su vez, añade la prohibición de hospitalización por causa social, que es muy relevante, porque antes se hospitalizaba por causa social a personas que no tenían donde dormir.

Agregó que el proyecto de ley es asimilable a la ley N° 20.422, sobre igualdad de oportunidad e inclusión social, ya que tiene contenido para la discapacidad.

Informó que la ley N° 21.331, es una normatividad práctica pero desconocida y subutilizada en este momento por los incumbentes, entrega una serie de herramientas, pero no se practican, una de ellas es la internación forzosa.

Afirmó que el proyecto de ley integral, tiene correcciones modernizadoras, por ejemplo, podrá resolverse muchas cosas desde el ámbito cultural, del trabajo y desarrollo social del intersector.

A continuación, realizó una serie de sugerencias, en primer lugar, que se realice un abordaje específico, muy franco en la ley, sobre el tema forense penal, el cual es un tema muy complicado, dado el incremento de los delitos y el aumento de los pacientes mentales en cárceles.

Expresó que, en adicciones, se presenta otro problema que no se puede dejar de abordar, así como la urgencia psiquiátrica.

En cuanto a la mejora de cuidados directos en salud mental, señaló que actualmente existe una crisis, pues los técnicos paramédicos ya no quieren trabajar en esto, ya sea por problemas económicos, de turnos y de exceso de trabajo, entre otros.

Añadió que, a la fecha, falta el reglamento de la ley N° 21.331, la cual fue aprobada hace 3 años atrás y los protocolos que concilian la teoría y la práctica, lo cual genera incertidumbre en los clínicos y usuarios, y hay ciertos temores en el actuar porque no están definidos.

Enseguida, propuso una transformación del hospital psiquiátrico, al igual como lo han hecho otros países, por ejemplo, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en México o el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Noguchi, en Perú, los cuales proponen normas, investigan, hacen docencia, innovación, todo a nivel operativo. Señaló que en

el país están los recursos, existe experiencia en psiquiatría compleja, modelos de atención con visión de red nacional, focalización de recursos en pacientes clínicamente complejos.

Observó, dentro de las debilidades del Instituto, que la infraestructura y la tecnología están obsoletas, los modelos de gestión a veces desactualizados y hay cierta indefinición superior del rol institucional, además de fuga de talento.

Por otra parte, indicó que existe la oportunidad de contar con una nueva ley de salud mental que permita instalar un nivel de mayor complejidad en el país, con el objeto de seguir aprovechando el conocimiento que tiene el Instituto en distintos aspectos, como las demandas de oportunidad, calidad de servicios, los requerimientos de formación e información y las necesidades de desarrollar proyectos.

Añadió que actualmente tienen una relación con la clínica psiquiátrica de la Universidad de Chile, para trabajar en conjunto todo el ámbito de investigación. Destacó que el Instituto es referente en psiquiatría de alta complejidad, lugar donde se evalúan tecnologías diagnósticas y terapéuticas y donde se hacen investigaciones aplicadas de ciclos vitales.

Afirmó que actualmente, el desafío estratégico es un nuevo Instituto Chileno de Psiquiatría y Salud Mental, normalizado de acuerdo a los tiempos, que permita alojar un establecimiento de menor tamaño, pero con suficiente capacidad y tecnología para responder a las necesidades de la población. En resumen, prosiguió, Chile está entrando en una nueva forma de desarrollo de servicios de psiquiatría y salud mental con una gama de ofertas sanitarias y sociales tan diversas como insuficientes, sobre todo en el ámbito social.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó si la desinstitucionalización implica sacar gente de los hospitales para hacer, preferentemente, una psiquiatría ambulatoria. Además, preguntó la forma de compatibilizar aquello con la carga asistencial que el señor Maass señala, respecto del hospital más grande de Chile en las urgencias y en los requerimientos de cama, muchos de los cuales tienen aspectos sociosanitarios, que no son los propósitos del hospital psiquiátrico.

Advirtió que existe un enorme déficit de camas en el país, ya que solo hay tres centros que se abocan a este tipo de internaciones: Putaendo, Horwitz y Temuco.

Luego, se mostró sorprendido con lo propuesto en el artículo séptimo transitorio del proyecto de ley, el cual expresa que, durante el segundo año de implementación de esta ley, el Ministerio de Salud realizará un estudio para determinar el estado de brecha y proyección de las necesidades de hospitalización psiquiátrica en la red asistencial. Al respecto, preguntó la razón

de no haber realizado ese estudio de brechas antes y se espere al segundo año de publicada la ley para hacerlo.

Asimismo, manifestó su molesta porque se está proponiendo un nuevo proyecto de ley, sin que a la fecha se haya dictado ninguno de los reglamentos establecidos en la ley N° 21.331.

Preguntó al señor Maass por la opinión que le merece el proyecto de ley, si resuelve o no los grandes problemas planteados y qué se requiere para abordarlos.

A su vez, la **Honorable Senadora señora Órdenes** manifestó su preocupación no solo por la legislación, sino que también por la ausencia de dictación de reglamentos en leyes vigentes, lo cual afecta a la operatividad de las mismas. Además, señaló su preocupación por los funcionarios de salud, en particular de salud mental, los cuales están sobrepasados.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Macaya** consultó si en lo práctico considera que el problema más importante radica en la falta de aplicación de lo establecido en la herramienta de la actual legislación, o avanzando en una nueva ley se podrá incorporar un nuevo catálogo legislativo.

El **señor Maass** respondió que, si este proyecto de ley se vincula adecuadamente, podría ser muy útil, porque la primera legislación insinuó la articulación, planteada en forma muy fehaciente, pero muy teórica.

Respecto a la consulta formulada por el Senador Castro González, contestó que el asilo difuso, esto es aquel paciente que no está en el hospital, sino en la calle o en la cárcel, es una realidad hoy en día. Añadió que la gran falla está en el financiamiento de los servicios sociales, pues si tuviéramos un desarrollo social suficiente, con hogares protegidos, otra sería la situación. Puntualizó que se requieren servicios sociales activos, ya que no puede ser que un hospital se haga cargo de esas personas. En otras palabras, el asilo difuso, en la práctica, solamente se resolverá si los servicios sociales del país adquieran una fortaleza importante.

Respecto a la utilidad de este proyecto de ley, indicó que no se ha concluido su discusión, por tanto, es difícil evaluar su utilidad.

La **jefa del Departamento Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública, señora Javiera Erazo,** respondió a la consulta de si no es a través de los modelos asilares, cómo se cuida a los pacientes y qué es lo que esta ley pone al centro. Al respecto, reiteró que la intersectorialidad es uno de los puntos centrales de este proyecto de ley, lo cual tiene un claro impacto en los aspectos preventivos y también en los cuidados de aquellos que tienen problemas más severos.

Agregó que las personas con problemas más graves de salud mental, requieren de apoyo social, además de apoyos sanitarios. Indicó que la ley empuja una agenda de derechos humanos, un determinado modelo de atención, sobre cómo se proveen servicios de forma más cercana a las personas y a sus comunidades. Además, prosiguió, es la respuesta a la pregunta sobre cómo abordamos lo sociosanitario, que es a través de cuidados intersectoriales y con una agenda legislativa que conversa con aquello, no sólo el proyecto de ley de cuidados, sino que también el proyecto de ley de convivencia escolar, que está en discusión actualmente en el Congreso Nacional.

Precisó que, en Chile, durante las últimas décadas, cada año, se han tenido más servicios. Añadió que el Ministerio de Salud ha sido bastante honesto con sus informes de brecha, en 10 años, tanto en el Plan Nacional como en su Plan de Acción, en el Modelo de Gestión y todos los documentos oficiales de Ministerio sobre salud mental, han reconocido las brechas críticas del servicio en salud mental. Es decir, prosiguió, no hay un desconocimiento de esas brechas, la idea es que al final del proceso legislativo sobre este proyecto de ley, haya un informe que una vez más oficialice esos datos para que sean de conocimiento público, lo cual no quiere decir que no exista información al respecto.

Sobre la reglamentación, recordó que este proyecto de ley tiene una agenda de modificaciones de la ley N° 21.331 importante. Añadió que uno de los problemas que se ha tenido en la reglamentación de la ley N° 21.331, es que no hay armonía normativa, pues la ley N° 18.600 señala algo contrario a la ley N° 20.422, está la ley N° 21.331, que en el módulo de hospitalización dice algunas cosas que están en tensión con lo establecido en el Código Sanitario y los artículos 11 y el 12 del apartado de hospitalización psiquiátrica, de la ley N° 21.331, están expresados de manera muy general.

Añadió que los artículos que se propone en el proyecto de ley, que modifican la ley N° 21.331, están orientados a mejorar el resguardo de la naturaleza de los cuidados que los servicios proveen, de manera que los ellos no se utilicen para otros fines.

Por último, afirmó que se encuentran trabajando en la reglamentación, la cual esperan que esté a la brevedad. Aclaró que las modificaciones que se proponen en este proyecto de ley son parte de las razones por las que no han podido reglamentar, dado que es difícil hacerlo mientras exista normativa divergente en su contenido.

Por su parte, el **Asesor de Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, señor Gonzalo Cuadra,** reforzó lo señalado respecto de que no solo se reconocen las brechas de hospitalización en psiquiatría, sino que, desde hace un tiempo, todos los nuevos proyectos hospitalarios contemplan unidades de hospitalización en psiquiatría y en virtud de aquello,

entre 2020 y 2024, ya hay un aumento de 71 camas de hospitalización, 37 de adultos, 34 de infanto-juvenil, y se espera al 2026, en virtud de los avances de los proyecto de inversión, contar con más de 350 camas adicionales.

Manifestó que, sin perjuicio del legítimo debate legislativo y jurídico en torno a la psiquiatría forense, el Ejecutivo en coordinación con los equipos clínicos de psiquiatría forense, han estado trabajando para abordar algunos nudos críticos que, sin ser el conjunto de la respuesta al problema, sí permiten mejorar los flujos.

Señaló que tanto la Defensoría como el Poder Judicial tienen datos respecto de las solicitudes de internación provisional para evaluación de imputabilidad en psiquiatría forense, que es donde está el nudo más crítico. Añadió que se han identificado una serie de acciones desde la gestión operativa concreta, tanto del sector salud como del sector justicia, para agilizar los procesos y que las personas que están hospitalizadas en psiquiatría forense puedan estar el tiempo estrictamente necesario, a objeto de realizar una gestión operativa mucho más eficiente.

Informó que se realizó una presentación en la Comisión Nacional de Coordinación del Sistema de Justicia Penal, en base a un trabajo colaborativo entre la Subsecretarías del Ministerio de Salud con la Subsecretaría de Justicia, y espera que, si bien, no requiere un cambio legislativo, desde la acción operativa, desde la acción concreta, permita entregar una mejor respuesta en psiquiatría forense.

Asimismo, aclaró el propósito que tenía el articulado, porque la lógica del informe financiero de este proyecto de ley, no se centra en el cierre de brechas existentes, que se reconocen y se consideran importantes, sino que lo que contempla el informe financiero son las acciones nuevas.

El objetivo de este artículo transitorio es consagrar la realización de un mecanismo de monitoreo del gasto y de su ejecución, y en relación con eso, es desafiante estimar cuántos recursos se destinan a servicios de salud mental y cuánto se destina salud mental en general, en la medida que son muchas las políticas y acciones del Estado que tienen un impacto en ella, así como otros programas y acciones del sector salud que también repercuten.

Expresó que, en base a ese seguimiento, tanto el Poder Ejecutivo como el Legislativo, van a tener una rendición de cuenta y datos públicos acerca de cuánto se está gastando y se está invirtiendo efectivamente en salud mental, lo que contribuirá a que progresivamente se invierta cada vez más y mejor, de manera más eficiente, en salud mental y resolver y reducir las brechas que se han planteado.

Por otra parte, comentó que si bien ha existido un proceso de desinstitucionalización, de ingreso de personas de unidades psiquiátricas, se

ha realizado en forma paralela y armónica con un aumento sostenido de las plazas de hogares y residencias protegidas, sin perjuicio de que este proyecto ley además abre una oportunidad para discutir en forma más profunda sobre un tema que no se había abordado suficientemente como país, que son los cuidados sociosanitarios y también las fronteras, porque a veces es claro que un cuidado es eminentemente social, otras veces es claro que es un cuidado eminentemente sanitario, pero hay zonas grises, donde el trabajo colaborativo es muy importante y hay un artículo específicamente destinado a aquello.

El **Honorable Senador señor Castro González** comentó que quiere entender exactamente el propósito en materia de gasto, porque este proyecto de ley, no trae financiamiento propio. Añadió que es escuálido y mínimo el informe financiero y está todo sometido a la ley de presupuesto, de año a año.

El **Director de la Corporación de Familiares, Amigos y Personas en Situación de Discapacidad Psíquica de Chile (CORFADICH), señor Eduardo Toro**, acompañó una presentación a su exposición, por medio de la cual realizó sus observaciones.

Señaló que la organización que representa observa el proyecto de ley desde el punto de vista de los intereses de sus familiares con trastornos mentales graves, en su mayoría, en situación de discapacidad psíquica.

Compartió ciertos elementos del proyecto como, por ejemplo, contar con una ley integral de salud mental, la cual ha sido una aspiración de muchos años de las organizaciones de familiares y usuarios. Añadió que están de acuerdo en la cobertura de toda la población, no solamente de las personas que tienen problemas de salud mental.

También, estimó correcto que se considere el impacto de los determinantes sociales en la salud mental de la población, dentro de los cuales, existen factores de riesgo y factores protectores.

Explicó que los factores de riesgo están asociados estrechamente al tipo de desarrollo de la sociedad, por ejemplo, problemas como la pobreza, violencia intrafamiliar, entre otros, que no pueden ser resueltos en el corto plazo. Por tanto, prosiguió, el modelo que se plantea debe incorporar los determinantes sociales en la salud mental, lo cual requiere de un esfuerzo máximo por parte del Estado, a fin de abordar todos los factores de riesgo y reforzar los factores protectores de la salud mental.

Coincidió en que es el Estado el responsable de planificar, ejecutar y controlar las acciones para prevenir, promover y proteger la salud mental de la población, además de las acciones necesarias para diagnosticar, recuperar, rehabilitar e incluir socialmente a las personas con trastornos de salud mental. A su vez, planteó que el objetivo último de la acción en salud mental del Estado

es la máxima inclusión social de las personas con trastorno mental, a objeto de fomentar la vida independiente o la autonomía de las personas, lo que también requiere un esfuerzo considerable para el caso de las personas con trastornos mentales graves.

A continuación, hizo referencia brevemente a los trastornos mentales graves, entre los cuales mencionó la depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad, trastorno postraumático, trastorno límite de personalidad, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y el trastorno dual.

Añadió que el total de personas que presentan un trastorno mental grave en nuestro país, asciende al 3,3% de la población de 15 años y más, lo que significa actualmente 545.000 personas, a las que habría que sumar, al menos, una persona que lo acompaña o al cuidador, afectando por tanto a cerca de 1.100.000 personas en el país.

Informó que todas esas personas son potencialmente susceptibles de caer en una situación de discapacidad psíquica temporal o permanente si no reciben una atención de salud oportuna, integral y de calidad.

En relación a lo anterior, mencionó las importantes brechas que existen entre las demandas de atención en salud mental y la oferta pública, lo que tiene como efecto una relativa baja cobertura de tratamiento. Advirtió que, aproximadamente, el 20% de la población dispone de cobertura de salud y que, por tanto, el 80% de la población con problemas de salud mental, no reciben tratamiento.

Recordó que en la ley N° 21.331, el traslado en ambulancia hasta la urgencia de un paciente que está descompensado no quedó normado y en el proyecto de ley integral de salud mental no figura dentro de las normas adecuatorias. Agregó que otro problema con el que se encuentran frecuentemente es la falta de camas disponibles en urgencia o en hospitales de corta estadía, lo que constituye una abierta denegación de servicio.

Señaló que, de acuerdo a los últimos datos, la brecha en la red de salud mental en la especialidad ambulatoria es importante, pues faltan 161 Centros Comunitarios de Salud Mental. Informó que el déficit de plazas en los hospitales asciende a las siguientes cifras: 1820 en día adulto; 643 de día infanto adolescente. Añadió que el déficit en camas de unidad de hospitalización de cuidado intensivo en psiquiatría adulto son 720 y el déficit de cama en la unidad de hospitalización de cuidado intensivo psiquiátricos infanto adolescente son 300.

Luego, mencionó que en el sistema público hay 617 psiquiatras, un poco menos de 5 por cada 100.000 habitantes. Añadió que el sector privado tiene 18,7 psiquiatras por cada 100.000 habitantes.

Explicó que hay tres causas que explicarían la brecha, que son: déficit en infraestructura, déficit de recursos humanos y déficit de presupuesto, tanto para inversión como operacional. Añadió que el fondo asignado a salud mental en 2021 alcanzó al 1,7% de presupuesto del Ministerio de Salud, lo que consideró una abierta discriminación en la asignación de recursos, en desmedro de la salud mental en contraposición con la salud física.

Planteó que es necesario conciliar una visión de largo plazo con la necesidad urgente de cerrar la brecha de atención, en especial, del grupo de personas con trastornos mentales graves, que es el más vulnerable.

Manifestó que existe consenso en que se debe aumentar el presupuesto, al menos al 6% del presupuesto público de salud para el año 2026. Sin embargo, en el proyecto no se observa ninguna indicación al respecto, así como tampoco un compromiso de avanzar, gradual y sostenidamente, en asignar recursos para la salud mental, de acuerdo al principio de equidad entre salud física y salud mental.

Advirtió que tampoco observa cómo se abordaría la transición entre la situación deficitaria actual y la situación futura que se propone en el proyecto de ley. Observó que el proyecto de ley integral de salud mental tiene una visión ideal de lo que debe ser el subsistema de salud mental, pero no está claro la forma en la que se conseguirá ese objetivo.

Por último, mencionó el Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS), que está destinado fundamentalmente a tratar el trauma psicosocial, por tanto, tiene que ver estrictamente con salud mental. Al respecto, no se menciona nada de este programa en el proyecto de ley integral de salud mental. Añadió que, actualmente, la cobertura del programa abarca, aproximadamente, a 650 mil beneficiarios y los presupuestos que existen son insuficientes para cubrir todos los equipos que hay al interior de los 29 servicios de salud mental a lo largo del país.

A su vez, el **Honorable Senador señor Castro González** consultó a la señora Javiera Erazo sobre las cifras oficiales de brechas en cuanto a camas y psiquiatras por sector público, privado y por servicio de salud. También solicitó que se pronuncie sobre la meta presidencial establecida en campaña, respecto al gasto de salud del 6%, la cual se ve muy lejana.

La **Jefa del Departamento de Salud Mental, señora Javiera Erazo** sobre las brechas, respondió que se envió el oficio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, el cual se refiere al informe de brechas de cada uno de los tipos de establecimiento o dispositivos de salud, que contiene una brecha de especialistas calculada con el indicador que proponen, y que tiene también brechas por territorio, por cada uno de los 29 servicios de salud.

Explicó que lo que presentó el señor Toro, se acerca bastante al último dato enviado en el oficio. Planteó que existen inequidades territoriales, por lo que las brechas están cerradas de forma desigual entre los territorios.

Sobre presupuesto y cómo la ley aborda esta materia, contestó que esta materia se encuentra priorizada en la agenda del Ejecutivo. Al respecto, recordó que se han abierto más de 70 camas de hospitalización psiquiátrica durante esta administración; también el compromiso de los 15 COSAM, que acompañaran a miles de familias, los que son servicios de especialidad ambulatoria en salud mental, es decir, son servicios que están orientados a acompañar a las personas con problemas graves.

A su vez, destacó que también se han presentado avances en materias como el suicidio, acceso, mejora de la calidad de los cuidados en la atención primaria, y en la especialidad, están haciendo una iniciativa sobre cuidados de salud mental, sobre todo en territorios alejados.

Afirmó que existe una agenda para abordar esa brecha, la cual está en curso. En el proyecto de ley, prosiguió, existe una propuesta para tener una línea de tiempo sobre el aumento del gasto público en salud mental, lo que permitiría hacer un seguimiento al incremento del mismo.

Por último, refirió que todos los países tienen una dificultad teórica para determinar el gasto público en salud mental, pues no hay una sola herramienta consensuada para realizar ese cálculo. La idea del indicador, prosiguió, es contar con una medida que tenga continuidad en el tiempo.

Por su parte, la **Ministra de Salud** expresó que medir exactamente cuánto es el gasto es bastante complejo, por eso es que el proyecto avanza en definir un trabajo específico en el tema de monitorear y medir cuál es el gasto que se desarrolla en salud mental.

Explicó que la medición es compleja porque muchas de las acciones se realizan en la atención primaria. Precisó que el sistema de salud chileno ha tratado de integrar la atención de la salud mental en el resto de la atención de las necesidades de salud. Por lo tanto, indicó que no se tiene un sistema de salud paralelo para las necesidades de salud mental.

Agregó que no es fácil trazar toda la utilización de recursos, por ejemplo, en la atención primaria, lo que se destina al medicamento y asignarlo al tema de salud mental, las duplas psicosociales o lo que se trabaja en emergencia. Indicó que cuando se establecen metas, habitualmente se piensa que hay una trazabilidad con recursos dedicados de forma exclusiva a estos problemas, pero no es el caso del sistema nacional, donde se trata de incorporar el problema a la atención primaria, a fin de garantizar un mejor acceso.

En la siguiente sesión, el **Director del Instituto Iberoamericano de Reducción de Daños, señor Paulo Egenau,** acompañó una presentación a su exposición, a través de la cual compartió una visión general de lo que está pasando en relación a la salud mental, pero con un foco específico en el tema de droga.

En primer lugar, compartió una mirada general, de perfil global y epidemiológico, del tema de las drogas en Chile. En términos generales, expresó que, a nivel mundial y de acuerdo a los últimos informes de organismos internacionales, cerca de 64 millones de personas en el mundo presentaron trastornos por uso de drogas en el año 2022, con un aumento relativo del 3% en comparación al 2018.

Agregó que 400 millones de personas padecen trastornos por consumo de alcohol, de los cuales, aproximadamente, 209 millones son dependientes.

Asimismo, manifestó que las drogas sintéticas, tales como ketamina o fentanilo, presentan nuevos desafíos. También, informó que se ha producido un marcado aumento en el consumo de drogas estimulantes como la cocaína y el éxtasis después de la pandemia del COVID-19. Advirtió que la gama de drogas disponibles para consumir se ha ampliado, los patrones de consumo son cada vez más complejos y se presenta el poli consumo, además de consumos por grupos diferenciados, edades, nivel socioeconómico, género, etcétera.

En cuanto al consumo de alcohol, señaló que Chile se encuentra dentro de los 5 o 7 países con más altos niveles de ingesta. Al respecto, planteó que, a nivel de la Organización Mundial de la Salud con cifras del 2024, se registran alrededor de 2,6 millones de defunciones atribuibles al consumo de alcohol, aproximadamente un 4,7% del total de las muertes y de 0,6 millones debido al consumo de otras sustancias.

También comentó que el consumo aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas, cáncer, trastornos mentales, etcétera, y provoca cada año millones de muertes evitables, a su vez, incrementa la probabilidad de que se produzcan accidentes, traumatismos, actos de violencia, problemas familiares. Añadió que se encuentra vinculado evidentemente a problemas socio comunitarios, y que tiene un impacto importante en enfermedades transmisibles, por ejemplo, aumenta el riesgo del contagio o de la transmisión del VIH y de los 64 millones de personas que sufren algún tipo de trastorno relacionado con el consumo de drogas, sólo el 9% recibe tratamiento.

Mencionó que en Chile el promedio de atención está bajo del 5% y existe una escasa especialización en relación a los temas de reinserción social. Observó que las funciones esenciales desde la mirada de salud pública respecto del fenómeno del consumo, es garantizar acceso a servicios

integrales y de calidad, intervenciones sobre factores contextuales de salud, y en el abordaje de los determinantes sociales de la salud, hay una desigual distribución de los problemas, daños, conflictos, sanciones, como en otros ámbitos de la vida, relacionados con el tema droga.

Sostuvo que la necesidad del monitoreo y la evaluación permanente aparece como un desafío interesante. Agregó que nuestro país tiene un cierto prestigio a nivel regional en la vigilancia epidemiológica, con buena metodología, políticas, legislación y los marcos regulatorios actualizados.

Sin embargo, puntualizó, la ley N° 20.000, está hace muchos años desactualizada. Por otra parte, prosiguió, se requiere la participación social, el involucramiento de las comunidades y el desarrollo de recursos humanos y todo lo que tiene que ver con el tema de la asignación de recursos y financiamiento que ha sido un problema siempre.

Respecto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), destacó que es el tercer objetivo de desarrollo sostenible relacionado con el tema salud y bienestar, en la meta 3.5, el planteamiento surge como la necesidad de fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluido el abuso de estupefacientes y el consumo de alcohol. Específicamente, mencionó que se hace énfasis sobre la cobertura de los tratamientos de trastornos por sustancia adictiva y en la necesidad de bajar los niveles de consumo nocivo de alcohol, de acuerdo a los distintos contextos internacionales, a partir de los 15 años.

El planteamiento que surge desde los últimos informes y en las fuentes de la Organización Mundial de la Salud, prosiguió, indican la necesidad de una campaña global, con el propósito de concientizar sobre el impacto del consumo de sustancias y los trastornos generados con ellos; el fortalecimiento de la capacidad de prevención y el tratamiento de los sistemas de salud y atención social; implementar estrategias de reducción de daños, para minimizar los daños asociados con el consumo; una mayor capacitación a profesionales, y acelerar esfuerzos para lograr la meta global de reducción de consumo de alcohol para el 2030 y los temas de la movilización y asignación de recursos para el tema.

A continuación, explicó que a nivel de Naciones Unidas hay ciertos estándares respecto de las normas internacionales para el tratamiento, donde se plantean siete principios.

El primero, es que el tratamiento debe estar disponible, ser accesible, atractivo y adecuado. En segundo lugar, las normas éticas de atención deben estar garantizadas. En tercer lugar, una promoción del tratamiento mediante la coordinación efectiva entre el sistema de justicia penal y los servicios de salud y sociales. En cuarto lugar, el tratamiento debe basarse en evidencia. En quinto lugar, debe dar respuesta a las necesidades especiales

de grupos de la población. En sexto lugar, debe estar la garantía de una buena gobernanza y, séptimo, el enfoque de tratamiento debe ser integrado y compartido con distintos programas y servicios.

Advirtió que el alcohol es el principal problema vinculado a droga y salud pública en nuestro país, tanto en el daño que genera a las personas que la consumen directamente, como el daño asociado a las comunidades. Añadió que las prevalencias nacionales están fuertemente afectadas por el tema del COVID. Así, la prevalencia de consumo de tabaco diario y alcohol en la población general ha mostrado una leve disminución desde el año 2020 al 2022.

Respecto del consumo entre las personas que son prevalentes de consumo de alcohol señaló que en el último mes se registra un alto porcentaje de embriaguez, que se traduce en la ingesta de cinco o más tragos para hombres o cuatro o más para mujeres. Por otra parte, se ve una disminución del consumo de marihuana.

Agregó que en la población escolar hay tendencia respecto de la prevalencia del consumo de tabaco diario y la prevalencia de consumo de alcohol en el mes, y que se espera un aumento particularmente en la ingesta de alcohol.

El 12° Estudio Nacional de Droga en Población General de SENDA, continuó, plantea que a nivel nacional habría alrededor de 649.000 consumidores problemáticos de sustancias, de los cuales habrían sido tratados en el último año, ya sea a nivel de salud o de los programas vinculados y licitados por SENDA, solo 29.000 personas. Añadió que en el estudio 109.000 personas refieren necesidad de tratamiento y alrededor de 539.000 no lo desean.

Informó que la cobertura real de los consumidores problemáticos de sustancias se da alrededor del 5% de la población, lo que está significativamente más bajo de los datos de Naciones Unidas, que están en torno al 9%.

A continuación, dio a conocer los objetivos estratégicos de SENDA para el Plan de Acción de 2024-2030, con el compromiso del desarrollo de un sistema integral de prevención, que en Chile no existe. Refirió que consiste en consolidar una red nacional de tratamiento, pues hay diferencias enormes a nivel regional, vacíos, dificultades en distintas comunidades para tener acceso a tratamientos básicos que muchas veces significa el trasladarse cientos de kilómetros, lo que hace prácticamente imposible que las personas puedan sentir que está satisfecha la necesidad y el compromiso de brindar tratamiento.

Sobre lo anterior, planteó la necesidad de establecer una red de integración social; impulsar estrategias de trabajo comunitario barrial; fortalecer

estrategias de gestión del conocimiento, pues hay escasa información y capacitación; profundizar la cooperación internacional y abordar los nuevos fenómenos de las drogas.

En cuanto a los desafíos, se refirió a desafíos sistémicos vinculados a tratamientos y otros vinculados a prevención. Al respecto, señaló que, en términos sistémicos, surge como un elemento importante que el marco legal sea flexible y actualizado. Planteó que se debería revisar la ley N° 20.000, con una adaptación y con un enfoque de derechos humanos, particularmente respecto de los consumidores.

Puntualizó que se evidencia una ausencia de integración intersectorial en el tema de droga en Chile, ya que la coordinación entre los sectores de salud, justicia, educación, desarrollo social, vivienda y trabajo, prácticamente no existe.

Recalcó que la rehabilitación no es un acto terapéutico clínico desde donde las personas, a partir de su paso por este tipo de servicios, van a salir con su vida resuelta, ya que el tema de las drogas es un fenómeno biopsicosocial y donde más afecta es en los determinantes sociales de la salud. Refirió que todas las investigaciones, publicaciones y los consensos internacionales apuntan a que una política de droga bien estructurada, debe contar con un continuo cuidado integrado, con el propósito de brindar todas las alternativas que se requieran para lograr la reinserción social.

Hay tensión entre los servicios sociales, las organizaciones de la sociedad civil y los servicios de salud que derivan, donde no hay alternativa y la lista de espera es enorme.

Otro tema fundamental, indicó, tiene que ver con el acceso a los servicios, donde existe dificultad, falta de igualdad y diversa calidad, dependiendo de las características propias de los programas, los servicios y las capacitaciones.

A su vez, llamó a abordar el tema de la reducción de estigma y discriminación, que no solamente tiene que ver con un cambio de la percepción pública, sino que también dentro del sistema de salud, ya que las personas con problemas de droga o de alcohol son excluidas, discriminadas.

Luego, planteó otros desafíos sistémicos, como la adaptación a nuevas tendencias y desafíos emergentes, por ejemplo, drogas como el tusi o el fentanilo, que tienen un fuerte foco en jóvenes de sectores de pobreza extrema, con infracción de ley penal. Por ello, recalcó la importancia en la prevención y la educación temprana, donde se requiere implementar programas basados en evidencia y una inversión en educación continua; la formación especializada de profesionales y técnicos, y la promoción de derecho humano y la justicia social.

En cuanto a los desafíos para el tratamiento, mencionó la accesibilidad y disponibilidad, ya que existe un acceso limitado que generalmente se transforma en un impedimento prácticamente físico para poder acceder a tratamiento por parte de parte de muchas familias y personas, particularmente si son mujeres.

Por último, se refirió al financiamiento para la prevención, el que calificó como deficiente. Añadió que se conocen ciclos de financiamientos muy breves, sin permanencia en el tiempo, sin una política de prevención sobre todo a nivel educacional y comunitario, con una focalización adecuada, permanente y constante.

Finalmente, indicó que la dificultad para acceder a poblaciones de riesgo es otro problema importante y todavía se está al debe con la necesidad de involucrar a las comunidades y a los líderes, tanto a nivel de las comunidades como del mundo de la educación. Añadió que hay una escasa atención a la salud mental y el bienestar integral, y una preocupación fundamental respecto de la droga propiamente tal.

Seguidamente, el **Honorable Senador señor Castro González** consultó sobre el proceso denominado de desinstitucionalización en salud mental, que alude al cierre progresivo de establecimientos psiquiátricos o asilares.

Por otra parte, preguntó en qué punto marca la diferencia la ley N° 21.331, de reconocimiento y protección de derechos de las personas en salud mental, a este proyecto de ley, en particular, en materias de brechas en camas, especialistas y en lista de espera de salud sobre la materia que, según los datos oficiales entregados por el Ministerio de Salud, ascienden a 35.000 pacientes.

Por su parte, la **Honorable Senadora señora Órdenes** consultó por los aspectos específicos de la ley N° 20.000 que requieren de actualización. También preguntó cómo ven el tema del tratamiento o prevención de las adicciones, vinculado a las propuestas que establece el proyecto de ley en estudio.

A su vez, **el Honorable Senador señor Macaya** consultó por la forma en que la iniciativa legal incide en abordar concretamente soluciones a los problemas que existen de brechas y de acceso a tratamientos, que ha manifestado en su presentación el señor Egenau.

El **señor Egenau** aclaró que no tiene mucha información con el debate actual del proyecto de ley de salud mental. Respecto a la desinstitucionalización, recordó que entre los años 2005-2007, hicieron en el Hogar de Cristo un seminario junto con el Ministerio de Salud. Añadió que es

sabido que los hospitales psiquiátricos grandes, como El Peral o el Hospital psiquiátrico Horvitz, están absolutamente desactualizados.

Agregó que la psiquiatría comunitaria en el mundo, el avance de la medicina, el avance en la farmacología, la multidisciplinariedad del abordaje de los temas de salud mental, la inquietud de la inclusión de la integración social de las personas que se ven afectadas por trastornos de salud mental, han primado en el mundo. En ese sentido, señaló que el establecimiento, por ejemplo, de las residencias protegidas, de las residencias sanitarias, han demostrado que muchas de las personas que históricamente se veían sometidas a estrategias más bien asilares, institucionalizadas, cuentan hoy con los recursos, las capacidades y las competencias, dado ciertos estándares mínimos de apoyo, como para poder relacionarse en sociedad, integrarse a las comunidades y tener una vida de inclusión social.

Respecto de los derechos de las personas con tema de salud mental, compartió absolutamente lo que se ha planteado, en el sentido de que han sufrido maltrato, abuso, postergación, y denigración.

En relación a la ley N° 20.000, comentó que se debe hacer una actualización importante en relación a la mirada que ella tiene respecto a los consumidores, a fin que se explicite una mirada de reducción de daños en relación al enfoque prioritario con que se aborda y se sanciona el tema de los consumos. Añadió que se presenta confusión entre el consumo personal y el consumo próximo en el tiempo. Estimó que se requiere apertura y ver lo que ha pasado en el mundo respecto a este tema.

La **señora Ministra de Salud** recalcó que la prioridad política y sanitaria de salud mental es relevante, lo cual se ha visto reflejado en el trabajo realizado en este período. En dicho sentido, explicitó lo siguiente: se han ampliado las camas de salud mental; la salud mental está incorporada en el GES desde el inicio; se han destinado recursos a la formación de especialistas, con prioridad en el tema de salud mental y se está trabajando en el cierre de brechas.

Aclaró que un proyecto de ley no va a dar cuenta de toda la necesidad que se requiere en materia de recursos para el tema de salud mental, pero en paralelo se ha ido avanzando en cerrar brechas, teniendo en cuenta los efectos que provocó la pandemia en todos los sistemas de salud del mundo.

En la siguiente sesión, la **Presidenta de la Coordinadora de Organizaciones de Familiares, Usuarios y Amigos de Personas con Afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM), señora Soledad Mura**, acompañó una presentación a su exposición y señaló que como organización reconocen y valoran el proyecto de ley de salud mental integral, iniciado por el

Ejecutivo, que da respuestas a necesidades planteadas desde hace más de 20 años.

Reconoció que la salud mental, su tratamiento y la protección de las personas con dicha afección en Chile tuvo un significativo avance y recordó que el año 2000, se puso en marcha el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual logró un desarrollo cualitativo. A su vez, recordó que se adoptaron medidas con el objeto de cautelar la protección de los derechos de las personas con afección.

Sin embargo, mencionó que el avance ha sido insuficiente por lo siguiente: falta presupuesto; no están plenamente garantizadas la protección y cuidado de las personas; la infraestructura es insuficiente; faltan profesionales y muchos de ellos tienen situaciones contractuales irregulares.

A continuación, expresó el punto de vista de la organización que representa y las propuestas referidas al proyecto de ley. En primer lugar, comentó que pertenecen a un grupo vulnerable no respetado en sus derechos esenciales, ya que cada día experimentan no solo el sufrimiento propio de la discapacidad psicosocial o del trastorno mental, sino que también la carga escondida del estigma y la discriminación.

Informó que, según la OMS, en el mundo la proporción de personas con discapacidad psicosocial mental está creciendo y ha sido denominada como una pandemia silenciosa. Añadió que Chile no es ajeno a este fenómeno, siendo uno de los países de la OCDE con menor aporte público para financiar el gasto de salud mental, incluso, esos fondos son más bajos que muchos países de la región.

En cuanto a la participación efectiva, prosiguió, el concepto de políticas públicas se ha ido modificando desde hace varios años, ya que se ha promovido la participación de la sociedad civil y de la comunidad en la discusión y análisis de las políticas de salud mental, lo cual se ha propiciado por medio de múltiples declaraciones de la OMS y de Naciones Unidas. Al respecto, consideró que el proyecto de ley debe plantear claramente la necesidad de retomar y profundizar esta práctica, a su juicio, tan necesaria.

Luego, observó varias brechas, dentro de las que mencionó la falta de participación interministerial, la profundización de la salud mental en el modelo comunitario, la falta de presupuesto, la falta de garantía plena en la protección y cuidado de las personas, la infraestructura insuficiente y el déficit de profesionales.

Sostuvo que las declaraciones del proyecto son contundentes, pero la duda es cómo se va a concretar todo lo propuesto desde el punto de vista financiero. Refirió que el texto menciona la asignación de recursos y la instalación de un organismo de monitoreo de evaluación de gasto destinado a

la salud mental y a la definición de objetivos sanitarios. Añadió que, entre los países de la OCDE, nuestro país está al final del listado, con un 2,14% del PIB de la inversión pública destinada a salud y recordó que la OPS recomendó a Chile aumentar el presupuesto al 6%.

Finalmente, mencionó que el desarrollo, la protección y la inclusión de las personas está ausente en el proyecto.

A su vez, el **asesor de la CORFAUSAM, señor Miguel Rojas**, continuó la exposición e indicó que la participación de la sociedad civil es muy importante, pues fortalece la democracia.

En torno a la participación interministerial, señaló que se dan los lineamientos, pero no se aclara la forma en la que se realizará ni con qué presupuesto se va a financiar. Sostuvo que para que la salud mental sea efectiva, se requiere que el Estado adopte medidas progresivas que permitan el disfrute de este derecho, facilitando y disponiendo los medios necesarios para su realización, lo que implica el deber de aumentar gradualmente los recursos financieros, humanos y de infraestructura, para garantizar el derecho a la salud mental.

Agregó que la salud mental debe estar presente en todos los ámbitos del país, para ello es relevante el acercamiento del Ministerio de Desarrollo Social y Familia al tema y, además, sería importante también la participación de los Ministerios de Educación y del Trabajo y Previsión Social.

Respecto al modelo comunitario, comentó que son aquellos centros de salud donde se atiende a personas con problemas graves de salud mental, lo cuales requieren ser reconocidos y mejorados tanto en infraestructura como recursos. Informó que, de acuerdo a los datos que manejan, existen 103 Centros de Salud Mental Comunitarios (COSAM), por lo que persiste una brecha, ya que se debería alcanzar los 179 COSAM.

Luego, detalló que en el año 2023 se registraron 37.703 hospitalizaciones psiquiátricas en la red pública de salud, lo que representó un 6,8% de días camas. Precisó que en la red pública hay una disponibilidad de 1.020 camas de hospitalización psiquiátrica adulto y 246 de infanto adolescentes, por lo que faltan 552 camas de hospitalización psiquiátrica adulto y 134 de infanto adolescente, a fin de cubrir el estándar planificado de la red.

Señaló que también es importante garantizar la protección y los derechos de los usuarios que participan en ellas. Advirtió que se debe contar con el consentimiento informado y se debe proteger la dignidad de las personas que no están en condiciones de expresar su voluntad.

Consideró que, ante el aumento de la lista de espera, sumado al incremento de nuevos usuarios afectados por trastornos mentales derivados de

la pandemia y a la falta de personal médico especializado en salud mental, sería necesario realizar un estudio o encuesta epidemiológica para conocer el universo de personas con afección y trastornos de salud mental.

Por otra parte, observó que la sociedad civil, los familiares y usuarios, no están siendo considerados en las propuestas de este proyecto de ley, por lo que hizo un llamado a fortalecer a la comunidad y sus organizaciones, promoviendo y potenciando esos espacios, donde se encuentran las respuestas a las necesidades de las personas con sus diversas realidades.

Por su parte, señaló que en el proyecto se plantea que participarán tres profesionales que cumplieran la labor directiva. Al respecto, consideró que es importante la visión de los profesionales, del Colegio Médico y de las organizaciones, en el trabajo que tiene que desarrollar la Comisión Nacional.

Por último, expresó que es un retroceso alejar a la sociedad civil, a familiares y a usuarios de asumir responsabilidades directivas cumpliendo la labor que por más de 20 años fueron un sustento importante para el buen funcionamiento de la Comisión Nacional.

A continuación, el **Protesorero de la CORFAUSAM, señor Hernán Isla,** continuó la exposición y señaló que están preocupados para que la comunidad pueda participar en las decisiones, sobre todo en esta importante iniciativa de ley.

En cuanto a la desinstitucionalización, manifestó que el proyecto de ley señala que este tipo de organismos va a ser trasladado y transformado. Al respecto, propuso que se creen dispositivos alternativos que permitan, en cierto grado, que algunas personas puedan ser atendidas e internalizadas, no en un hospital psiquiátrico, sino en una institución a cargo de la comunidad.

Sobre el Programa de Integración Escolar (PIE), que no se contemplan dentro de la ley, manifestó que se debe aumentar su cantidad en los colegios, así como capacitar a los docentes y asistentes de la educación, para tartar con los adolescentes temas de salud mental.

Por su parte, la **Trabajadora Comunitaria en Salud Mental - Programa Ecológico en Salud Mental Comunitaria, señora Ruth Navarrete**, quien exhibió una presentación, expresó que fue formada en el Programa Ecológico en Salud Mental Comunitaria, a continuación, dio a conocer el origen del Programa y las reflexiones en torno al proyecto de ley.

Relató que son alrededor de 1.400 familias que participan del Programa, en las regiones de Coquimbo, Valparaíso y Metropolitana. Añadió que el Programa Ecológico en Salud Mental Comunitaria es un modelo de trabajo, que se contextualiza en una estrategia en salud mental comunitaria,

que incluye un conjunto de segmentos operando en los territorios y que funciona a través de la grupalidad, como elemento base, como una herramienta que considera a la familia y su contexto inmediato en el lugar, como unidad de trabajo.

Lo anterior, explicó, para realizar cambios de estilo de vida en las familias. Añadió que se trata de un programa de larga data, que requiere de las familias y de las comunidades, con una participación de cinco años en el programa como mínimo, para poder realizar verdaderas modificaciones y cambios de estilo de vida que sean más saludables. Agregó que las personas que trabajan son voluntarios y uno de los aspectos relevantes es el fortalecimiento de la participación social y la autogestión, combinando el saber científico con el saber popular.

Informó que el programa funciona en Chile hace 30 años, de manera ininterrumpida, siendo su fundador, el medico señor Mauricio Troncoso Zambrano, conocido por ser un psiquiatra social, que realizó aportes disruptivos y anticipatorios desde el comienzo, lo cuales fueron resistidos especialmente por las comunidades científicas de salud mental.

Agregó que desde el inicio se impulsó la autogestión, los grupos de autoayuda multifamiliares, el autocuidado y la educación continua, como un espacio abierto y gratuito. Indicó que la actual directora del programa es la psicóloga señora Adriana Veliz Ramos, quien ha trabajado desde los inicios junto al fundador del programa, que falleció en el año 2021. Comentó que los pilares del programa dicen relación con abordar en forma multifamiliar las situaciones que se viven, promoviendo las conversaciones en un espacio de escucha, de respeto y de cariño, donde las familias ingresan sin ningún criterio de exclusión.

Preconiza tanto la descontaminación de las ideas, de ahí su nombre “ecológico”, permitiendo transformar las vivencias dolorosas, tristes y negativas en un crecimiento y desarrollo de las familias participantes. Esto es transformado en conocimiento y experiencia que se entrega a otras familias, a través del ejercicio del voluntariado, incorporándose a los diferentes segmentos del programa, como grupos de autoayuda multifamiliares y comités autogestores.

Sostuvo que desde este escenario surgen las siguientes reflexiones: en primer lugar, valoró la propuesta de una nueva institucionalidad como la Comisión Interministerial que propone el proyecto de ley, sin embargo, consideró necesario incorporar a la comunidad y a las organizaciones comprometidas con estos temas. Agregó que todo lo realizan como familias organizadas en el territorio y ofrecen, por ejemplo, disminuir las listas de espera, que se produce en un CESFAM, donde la atención psicológica es una vez al mes.

En el grupo de autoayuda multifamiliar del programa, prosiguió, las familias asisten cuatro veces al mes, funcionando una vez a la semana, lo que posibilita que tengan un espacio de contención, de manera de abordar sus dificultades de forma horizontal entre los vecinos.

Por otra parte, manifestó su preocupación sobre la concepción de los cuidados en salud mental en el proyecto de ley, porque aparecen como suscritos exclusivamente a los de tipo sanitario o sociosanitario, dejando fuera el rol de la comunidad, a través de las diversas organizaciones de la sociedad civil, que contribuyen a los cuidados comunitarios. Sugirió, asimismo, que se promueva en este proyecto de ley, la inclusión de las organizaciones comunitarias y que se definan recursos económicos que favorezcan este trabajo, que se definan los mecanismos para hacer uso de estos recursos y la forma de ir incrementándolos acorde a las necesidades de la población y de los territorios de acuerdo a sus diferencias.

Finalmente, invitó a reflexionar sobre la necesidad urgente de contar con una ficha clínica electrónica única, que permita registrar la información relevante para asegurar la continuidad de los cuidados. Mencionó que hay personas que se atienden en un lugar y están de viaje o las personas en situación de calle que, al no tener ficha clínica electrónica, pierden información relevante.

Seguidamente, el **Honorable Senador señor Castro González** manifestó dudas, en primer lugar, que hasta la fecha no están los reglamentos de la ley N° 21.331, de los derechos y deberes de salud mental en Chile. Al respecto, consultó cómo se tramita una nueva ley de salud mental sin que exista el reglamento de la ley vigente. En segundo lugar, observó que el informe de brechas que entregó el Ministerio de Salud hace dos meses aproximadamente, es lapidario, ya que indica que hay 35.000 pacientes en lista de espera de salud mental y un déficit de hasta 50% en camas de internación.

Por otra parte, prosiguió, lo que se ha denominado el proceso de desinstitucionalización, deja a la intemperie precisamente las brechas de cama, porque cuando se busca legítimamente que sea ambulatorio el sistema de salud mental, se genera un problema de arrastre sobre qué hacer con los casos que efectivamente requieren internación, por ejemplo, los casos sociosanitarios que son múltiples en Chile, o el problema de los reos inimputables, que son un caso problemático para los tribunales.

Por último, preguntó por el financiamiento, dado que este proyecto de ley tiene asignados recursos escasos, $2.865 millones al año, imputables a la partida presupuestaria del sector. Añadió que el problema financiero es clave, porque el compromiso del Presidente de la República, al iniciar el Gobierno, fue duplicar el gasto de salud mental.

La **señora Ministra de Salud** señaló que los reglamentos en temas de salud mental están siendo revisados por la Contraloría General de la República. Sobre la brecha de recursos, afirmó que hay una enorme brecha de fondos en salud mental. Además, señaló que es difícil hacer la medición de lo que se gasta al día, porque el sistema de salud no tiene una línea vertical de financiamiento para atención primaria, por eso, en el proyecto de ley se incorpora un mecanismo para dar cuenta de lo que se gasta en forma más general y real.

Sobre las hospitalizaciones, aseguró que están conscientes de que existe una brecha de hospitalización, por lo que han invertido esfuerzos para aumentar las camas psiquiátricas y el proyecto de ley también contempla esa posibilidad.

Enseguida, el **Honorable Senador señor Castro González** reiteró la consulta respecto a la ley N° 21.331, de reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, promulgada el año 2021 y que hasta la fecha no tiene reglamento. En segundo lugar, preguntó por la forma en que se va a abordar el problema de las brechas de camas y de especialistas, las cuales calificó de gravísimas.

También solicitó aclarar el gasto en salud mental, relacionado con la promesa del Gobierno en campaña, que consideraba duplicar el gasto en esta materia durante este período presidencial.

Luego, advirtió sobre la desinstitucionalización, donde se pasa a una psiquiatría comunitaria, lo cual debe conectarse con las brechas de camas. Sin embargo, apuntó a que se debe cuestionar lo que sucede con los niños, niñas y adolescentes con intento suicida o lo que sucede con los reos inimputables en las cárceles, pues constituyen un problema social en Chile.

Por último, requirió conocer las estrategias para frenar el suicidio por hostigamiento sistemático, que sufren los estudiantes universitarios y adolescentes.

El **Coordinador del Consejo Asesor de Salud Mental del Ministerio de Salud, señor Francisco Muñoz**, compartió una presentación en la que informó sobre las características y funciones del Consejo Asesor, que se formó posteriormente a la mesa Saludable Mente, como un requerimiento para tratar la salud mental en el país, lo cual sigue su curso.

Comentó que el Consejo Asesor fue creado a través de un decreto, el año 2022, como un órgano de participación social, cuyo trabajo tiene un rol en la gobernanza para la construcción de la política de salud mental. Añadió que está compuesto por personas que son expertos por experiencia de vida de enfermedades mentales, por representantes de organizaciones de usuarios y

familiares, por representantes de organizaciones de la sociedad civil y de la academia.

Sostuvo que la conformación del Consejo garantiza una perspectiva integral en el análisis de la política de salud mental, ya que incorpora a las personas que viven con enfermedades mentales, a hombres y mujeres que trabajan en el ámbito de la salud mental, y a científicos, en una forma pluralista y colectiva.

A continuación, dio a conocer las principales funciones del órgano. La primera de ellas es generar recomendaciones tanto a la autoridad ministerial, a las jefaturas del Ministerio de Salud, y a sus equipos técnicos. Además, tiene por función participar en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de un plan de participación social en salud mental y realizar un proceso de selección, para constituir un nuevo Consejo Asesor, luego de tres años de promulgado.

Mencionó la relevancia de acompañar, desde ese rol, el desarrollo de las políticas en la discusión legislativa. Al respecto, en relación al proyecto de ley en discusión, compartió algunos aportes y sugerencias. En ese sentido, resaltó la importancia de que exista una ley integral en salud mental, que reconoce la necesidad de contar con un marco legislativo amplio y plantear una visión más allá de la atención sanitaria y de las acciones que se pueden realizar desde los servicios de salud, incorporando la mirada intersectorial.

Agregó que los determinantes sociales son importantes de considerar, entre ellos, vivienda, educación y justicia, deben tener una tarea enfocada en la mejora de la salud mental.

Señaló que la iniciativa aborda una deuda histórica, con intentos previos de desarrollo de Planes Nacionales de Salud Mental, el decreto N° 570 del año 2000 y la ley N° 21.331. Resaltó la mirada transversal para integrar la salud mental en todas las políticas y el enfoque de derechos humanos del articulado, que da énfasis en la dignidad y en los derechos de las personas con enfermedades mentales y discapacidad.

A su vez, indicó que permite el fortalecimiento de los lineamientos que están en las leyes vigentes y se trata de un aporte para la planificación estratégica, a través de la creación de la política nacional de salud mental y el desarrollo de un plan de acción interministerial.

Enseguida, hizo referencia a los aspectos a mejorar en el proyecto de ley. Uno de ellos dice relación con el financiamiento y apuntó a que el presupuesto de salud mental debe ser mirado como una inversión, entendiendo que las personas sanas tienen mayor productividad y se puede construir una sociedad más enriquecida.

Planteó que la estructura actual, tanto sanitaria como intersectorial, en lo que concierne a salud mental, es insuficiente para resolver la situación en la que el país se encuentra. Añadió que se deben identificar los presupuestos que van a asignar los distintos ministerios para influir en la mejora de la salud mental de la población.

Consideró que debe presentarse un modelo de financiamiento coherente con el modelo de atención integral en salud mental y con el modelo de gestión de la red temática de salud mental, a objeto de desarrollar una política y plan nacional de salud mental. Al respecto, advirtió que se requieren mecanismos claros para asegurar el financiamiento estable y progresivo.

Por otra parte, recomendó la necesidad de integrar mecanismos de participación ciudadana efectiva en la gobernanza, a fin que órganos como el que representa, puedan ser incorporados en la ley y que exista inclusión y reconocimiento explícito a los actores de la comunidad, como agentes en salud mental, así como el rol que tienen los expertos por experiencias de enfermedades mentales en la recuperación y en la promoción de cambios de otras personas.

Estimó necesario el desarrollo de mecanismos para la autogestión y participación de la comunidad, tanto en la forma de participar de los cuidados, como en valorar su voz en la toma de decisiones locales y nivel central.

Agregó que la participación debe avanzar desde la consultiva a una más efectiva, donde la comunidad debe estar incluida en los cuidados, más allá de los sanitarios y sociosanitarios que existen.

Sostuvo la importancia de resaltar el modelo de salud mental comunitaria, el cual promueve el desarrollo del potencial de las personas, con un enfoque que trascienda la ausencia de enfermedad y proponga un bienestar general.

Mencionó la relevancia de contar con una norma que considere un mayor énfasis en la prevención, en la atención temprana y en un sistema de cuidados y tratamientos que vaya desde la promoción hasta los cuidados paliativos. En tal sentido, manifestó la importancia de disminuir la predominancia del enfoque sanitario en el articulado del proyecto, pues hay una deuda respecto del rol que tienen los centros de salud mental comunitaria, los que deben incorporarse en el reglamento orgánico de los servicios de salud.

Consideró necesario definir las redes de recursos, las actividades de asistencia y los programas de intervención integrados desde la comunidad con el plan de salud mental vigente y aprovechar el trabajo de los grupos de pares, de expertos por experiencias y agentes comunitarios en salud mental.

Llamó a fortalecer la autoayuda y el empoderamiento, que es la base de los cuidados en el modelo comunitario de salud mental propuesto por la OMS, y contar con financiamiento para la sostenibilidad y estabilidad del modelo.

Concluyó su exposición subrayando que existe una urgencia de consolidar un sistema de salud mental para el país, haciendo énfasis en el financiamiento; el desarrollo de la participación y la gobernanza con órganos de participación social, en diálogo con el Ministerio de Salud y con el Comité Interministerial, con la participación de los recuperados en salud mental en los cuidados desde la promoción hasta la rehabilitación y cuidados paliativos y, que los modelos de financiamiento de atención y de gestión sean coherentes con las prácticas institucionales.

A continuación, el **Honorable Senador señor Castro González** consultó por la cobertura estimada del Centro de Salud Mental Comunitario (COSAM) en la red de atención de salud, dado que hay quejas permanentes sobre los niveles de desfase para la atención de psicólogos, ya que las citas, que debieran ser semanales o cada quince días, muchas veces se extienden a uno o dos meses, un ciclo de psicoterapia, incluso cambiando el psicólogo, lo que hace complejo el seguimiento a los pacientes.

Señaló que la salud mental comunitaria requiere una dotación de profesionales mínimos y, en general, existen brechas de desigualdad importantes entre las comunas. Al respecto, consultó de qué manera este proyecto de ley aborda ese problema.

El **señor Francisco Muñoz** respondió que los COSAM son muy heterogéneos, hay algunos que se crearon en los años 90 y que tienen una línea municipal, otros que nacieron desde un hospital, otros que dependen de los servicios de salud. Estimó que, con el reconocimiento en el reglamento orgánico de los servicios de salud, se daría un gran paso.

Respecto a las brechas de profesionales, manifestó que es grande y se debe actuar con criterio de realidad, considerando que no se podrá doblar el número de COSAM en el país en el corto o mediano plazo. Sin perjuicio de ello, destacó la importancia del concepto de red y observar lo que realiza la atención primaria en salud mental, donde hay tareas pendientes como el aumento de coberturas de la prevalencia de dichos problemas del 20% al 40%.

Principalmente, señaló que la salud mental se debe atender en la atención primaria de salud, con una especificidad técnica en los COSAM, los cuales tienen que ser promotores en los territorios. Actualmente los COSAM están atendiendo las listas de espera, pero no han podido realizar el trabajo comunitario que se intenta resaltar. Solicita que el decreto N° 140 valide a los COSAM como parte de los servicios de salud.

A su vez, el **Honorable Senador señor Chahuán** preguntó por la importancia en la salud comunitaria de la alfabetización sanitaria.

El **señor Francisco Muñoz** respondió que la educación en salud es un elemento fundamental y, específicamente, en salud mental, es una de las tareas que debiera estar priorizada en el sector. Recalcó que es clave para el autocuidado, siendo realizado por algunos programas como: el de la Universidad Humanismo Cristiano, Fundación Círculo Polar o el Programa Ecológico Multifamiliar, que acercan los conocimientos a la ciudadanía.

Seguidamente, la **Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli,** se refirió al presupuesto y aclaró, a nivel general, como está conceptualizado el fortalecimiento del mismo dentro del proyecto de ley.

Explicó que, por la forma en la que está diseñado nuestro sistema en todos los niveles de atención y, particularmente, en el nivel de atención primaria, son servicios integrados de salud, es decir, no hay programas verticales y diferenciados por diagnóstico. Eso quiere decir que también dificulta poder precisar con claridad el presupuesto que se destina a cada uno de los potenciales diagnósticos que se presentan en la comunidad.

Por ejemplo, prosiguió, un recurso humano, como un médico, no solamente se dedica a atender salud mental, motivo por el cual las estimaciones de presupuesto son imprecisas. Por ello, indicó que la cifra del porcentaje del gasto en salud que se destina a salud mental se debe elaborar con mayor precisión.

Agregó que, desde ese punto de vista, el proyecto de ley, reconociendo la brecha que existe en salud mental, no tiene por objetivo ser en si mismo una respuesta a las brechas existentes en presupuesto nominal, sino que lo que busca es instalar mecanismos para que, en el largo plazo, la brecha se vaya reduciendo del siguiente modo: primero, mandata como obligación de la autoridad sanitaria desarrollar una metodología explícita y clara para medir el gasto en salud mental y que sea una medición estable que permita el monitoreo a lo largo del tiempo, y, en segundo lugar, dentro de los principios que incorpora está el de paridad, ello implica que tiene que priorizarse en términos equiparables la importancia de la salud física con la salud mental. Estimó que estos dos elementos son las condiciones habilitantes que están dentro del proyecto de ley para reducir progresivamente la brecha.

Precisó que es en la discusión presupuestaria anual donde se diseña el presupuesto del siguiente año, en términos concretos. Recordó que han avanzado desde el año 2021 al 2024, gracias a las expansiones anuales de este gobierno, se ha aumentado en 17% los cupos de las becas de psiquiatría, lo que implica 21 cupos adicionales, de los cuales 13 son especialistas en adultos y 8 en infanto adolescente.

Asimismo, se ha incrementado las camas de hospitalización psiquiátrica en 71 y, para el año 2026, se proyecta el aumento de 359 camas, de las cuales 263 son para adultos y 96 para infanto adolescentes.

También, destacó que, en la línea de superar las barreras de acceso a especialistas, se ha aumentado la estrategia de tele psiquiatría, la cual se ha implementado en 3 establecimientos, con un total de 555 horas mensuales de especialistas.

En el contexto de la Ley TEA, prosiguió, se ha capacitado funcionarios y, para el segundo semestre del año 2024, entra en implementación el fortalecimiento de 36 equipos multidisciplinarios en atención primaria de salud y 87 equipos de especialidad de la Ley TEA.

Indicó que, para el año 2025, el presupuesto de expansión es de 14.400 millones para salud mental, y el de inversión, 39.400 millones destinados a centros de atención de especialidad, como la habilitación y puesta en marcha de 11 COSAM y de 6 centros de apoyo comunitarios.

Indicó que en la discusión presupuestaria hay que distinguir los esfuerzos anuales, como los comentados, con el contenido del proyecto de ley.

A su vez, el **Honorable Senador señor Gahona** solicitó explicar en términos prácticos la afirmación de hacer equiparable la salud mental con la salud física.

Por otra parte, indicó que es claro que se tratará de una ley marco, que no fija presupuesto, pero es una política pública amplia para luego determinar la solución de brechas.

La **Jefa del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud, señora Javiera Erazo,** en relación a los datos que se han visto, señaló que se citan los datos OCDE sobre comparación de gasto en salud mental. Informó que al observar la nota técnica del documento, donde salen esos datos, alerta que no todos los países utilizan la misma forma de agrupar el gasto y tampoco hay una fórmula reconocida internacionalmente, por tanto, se tiene limitaciones técnicas para realizar esa comparación.

Por otra parte, indicó que el artículo 12 de este proyecto de ley, reconoce una experiencia del Reino Unido, que el año 2012, hace una modificación en su legislación para reconocer lo que se llama trato paritario, que es el reconocimiento en igualdad de condiciones. Es decir, que los criterios que se usan para la asignación de recursos, tengan justicia en términos del gasto. Que no quiere decir que se deba gastar lo mismo para el mismo impacto sanitario.

A continuación, la **Subsecretaria de Salud Pública**, informó sobre el contenido general que tendrán las indicaciones del Ejecutivo. Al respecto, expresó que se identificaron tres grandes temas a los cuales responder: las preocupaciones relacionadas con la prevención del suicidio; la desinstitucionalización y la participación social.

Adelantó que presentarán indicaciones que, en materia de prevención del suicidio, agregará una acción general del Estado, para incorporar medidas para la detección temprana y la prevención de la conducta suicida con la facultad que tenga cada uno de los sectores.

Comentó que, adicionalmente, se contempla una obligación específica para la autoridad sanitaria, a fin de prevenir las lesiones auto infringidas intencionalmente y la conducta suicida, con la especificación que la autoridad sanitaria deberá llevar un catastro de todos los sitios públicos donde es frecuente que se den conductas suicidas.

Explicó que la literatura internacional demuestra que una de las medidas más eficientes para reducir la muerte por suicidio, es disminuir el acceso a los métodos letales. Añadió que, dentro de ellos, están los espacios públicos que son conducentes a algún intento de suicidio, en ese sentido, se establece una obligación legal de tener una coordinación entre autoridades regionales y locales para avanzar en los catastros y sugerir intervenciones en espacios para evitar estos eventos.

Respecto a la participación, se propondrá que el Comité Interministerial deberá propiciar la participación de la sociedad civil, tanto en la elaboración, como en la evaluación de la política nacional de salud mental y de su plan de acción.

Por último, sobre el plan de desinstitucionalización, surgió la inquietud de que su implementación podría dejar de atender las necesidades reales de una persona con hospitalización de larga estadía. Por ello, se incorporará una disposición que indica que el plan deberá reflejar la gradiente de intensidad de cuidados, de apoyos en salud, de manera de diseñar medidas y estrategias acordes a ello.

B.- Votación en general.

- Puesto en votación el proyecto de ley, en general, fue aprobado por la unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y señora Órdenes.

- - -

DISCUSIÓN EN PARTICULAR

A continuación, se efectúa una relación de las indicaciones presentadas al texto aprobado en general por la Comisión y de los acuerdos adoptados a su respecto por la Comisión.

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1

El presente artículo señala que el objeto de la ley, es promover y proteger la salud mental y el bienestar de todas las personas durante el desarrollo de su vida. Sus disposiciones buscan, además, favorecer la inclusión social y dar un abordaje integral a las necesidades de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual.

Señala que cada vez que la presente ley aluda a personas con enfermedades o trastornos de salud mental se entenderá que esta puede ser con o sin discapacidad psíquica o intelectual.

El respeto a la dignidad y a los derechos humanos serán esenciales en la aplicación de esta ley, sin perjuicio de los demás derechos y garantías reconocidos en otros cuerpos normativos y en los tratados internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes.

Respecto al artículo 1, se presentaron las indicaciones N°s 1, 2 y 3:

La indicación N° 1 de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en el inciso primero, a continuación de la frase “favorecer la inclusión social”, la siguiente expresión: “como laboral”.

La indicación N° 2 de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, agrega en el inciso primero, a continuación de la expresión “favorecer la inclusión social”, la siguiente expresión: “y laboral,”.

El **Honorable Senador señor Flores** observó que ambas indicaciones tienen el mismo objetivo y consideró más acertada la expresión “y laboral”. Añadió que hay autores que indican que la inclusión social, incluye la laboral, sin embargo, manifestó su disposición para que se incorpore expresamente.

Agregó que, en su opinión, se debería incorporar la expresión “y laboral”, en todos aquellos artículos que, en lo sucesivo, aludan a la inclusión social.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** sostuvo que el concepto de inclusión social es amplio y se entiende que el ámbito laboral podría estar incluido, sin embargo, el objetivo es visibilizar una brecha que se genera en el ámbito de enfermedades mentales. Añadió que, de acuerdo a la información obtenida, es importante incorporar la inclusión laboral de las personas con enfermedades mentales a la redacción.

Precisó que hay datos que estiman que 600.000 personas en el país presentan una discapacidad mental, ya sea psiquiátrica o intelectual y solo el 19% de ellas accede a algún trabajo remunerado. Agregó que esa es la razón de visibilizarlo en una ley integral de salud mental.

- La indicación N° 1, fue retirada por su autora.

- Puesta en votación la indicación N° 2, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores y señora Órdenes.

La indicación N° 3 de la Honorable Senadora señora Órdenes, reemplaza el artículo 1 por el siguiente:

“Artículo 1.- Objeto. La presente ley tiene por objeto promover y proteger la salud mental y el bienestar de todas las personas durante el desarrollo de su ciclo vital. Sus disposiciones buscan, además, favorecer la inclusión social y dar un abordaje integral considerando las necesidades de las personas con afecciones o trastornos de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual en forma permanente o transitoria, así como, el desarrollo de comorbilidades derivadas por agravamiento de afecciones de salud física o mental, o por condiciones del neuro desarrollo detectadas en forma temprana o tardía.

Cada vez que la presente ley aluda a personas con enfermedades o trastornos de salud mental se entenderá que esta puede ser con o sin discapacidad psíquica o intelectual.

El respeto a la dignidad y a los derechos humanos serán esenciales en la aplicación de esta ley, sin perjuicio de los demás derechos y garantías reconocidos en otros cuerpos normativos y en los tratados internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes.”.

El **Honorable Senador señor Flores** observó que en la indicación N° 3, se reemplaza, en el inciso primero la palabra vida por ciclo vital y solicitó explicar ese cambio. A continuación, describe que se incorpora el término “afecciones”. Por último, indicó que, en la parte final del inciso, acota el objeto.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** detalló que la Organización Mundial de la Salud hace referencia al concepto ciclo vital y lo

que se expresa de manera manifiesta es que alude a las etapas de desarrollo de una persona.

El **Honorable Senador señor Flores** indicó que se ha propuesto que se incorpore la frase “vida o ciclo vital”.

Por su parte, la **Subsecretaria de Salud Pública, señora Andrea Albagli** señaló que tanto vida, como ciclo vital, apuntan al mismo concepto y no cambia el sentido del artículo, por lo cual, se allanó a utilizar la expresión “vida o ciclo vital”.

Respecto del concepto de afección, manifestó que el artículo 1, al definir el objeto, ya se refiere a todas las personas sin exclusión y cuando se refiere a enfermedades o trastornos, se da en la segunda parte del inciso primero, al especificar que, además, se busca otorgar un abordaje integral a quienes tienen un diagnóstico asociado, que requiera de un tratamiento específico. Por ello, se utilizó el término clínico específico de enfermedad o trastorno, más que afección, que puede referirse en términos genéricos a una situación o experiencia, pero no a un cuadro clínico, que puede requerir una intervención.

Sobre la incorporación al final del inciso primero de la indicación N° 3, sostuvo que al comienzo del artículo 1, se realiza una definición más amplia que es “todas las personas”, por tanto, agregar lo propuesto, podría generar confusión en la interpretación de la ley.

Por lo anterior, sugirió rechazar ese elemento de la redacción, junto con la palabra “afección”, manteniendo la redacción alternativa, con la incorporación de la frase “vida o ciclo vital”.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** manifestó que el término “afección” prácticamente es sinónimo de “enfermedad”, pero consideró que es menos estigmatizante.

La **Subsecretaria de Salud Pública** sostuvo que uno de los objetivos que busca este proyecto de ley es reducir el estigma hacia la salud mental, pero consideró que no está alojado en el uso del lenguaje técnico clínico, sino que en la aproximación y percepción ciudadana a personas que pueden o no tener un diagnóstico asociado a algún trastorno de salud mental.

Añadió que, siendo un marco normativo, resulta más claro usar conceptos que tienen la lógica de lenguaje técnico que se utiliza en salud, en este caso “enfermedad y trastorno”, que está asociado a ciertos manuales y conceptos más profundos en términos de diagnóstico clínico.

A su vez, la **Honorable Senadora señora Órdenes** estimó que es importante que se considere el término propuesto y advirtió que se trata de una

nueva ley de salud mental, de carácter integral, que da la oportunidad de integrar conceptos que son prácticamente sinónimos.

La **señora Erazo** manifestó que parte del objetivo de la ley es generar una armonización normativa, habiendo varias regulaciones sobre la materia. El propósito de utilizar el lenguaje técnico, es tener claridad sobre quienes conforman el grupo de personas diagnosticadas con una enfermedad, evitando múltiples interpretaciones.

Agregó que se redactó de esa manera, para clarificar que todas las personas están protegidas por este proyecto de ley, pero le da un trato especial a aquellos que han sido diagnosticados con un problema de salud que tiene un concepto con lenguaje clínico específico. Por ello, expresó que la propuesta evita palabras que generen ciertas dudas sobre interpretación normativa con otros marcos legales importantes en el ámbito de la salud. Por lo anterior, sugirió la frase “enfermedad o trastorno”.

La sugerencia de redacción del artículo 1, tomando en consideración las indicaciones 2 y 3, es la siguiente:

“Artículo 1.- Objeto: La presente ley tiene por objeto promover y proteger la salud mental y el bienestar de todas las personas durante el desarrollo de su vida o ciclo vital. Sus disposiciones buscan, además, favorecer la inclusión social y laboral y dar un abordaje integral considerando las necesidades de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual en forma permanente o transitoria.

Cada vez que la presente ley aluda a personas con enfermedades o trastornos de salud mental se entenderá que esta puede ser con o sin discapacidad psíquica o intelectual.

El respeto a la dignidad y a los derechos humanos serán esenciales en la aplicación de esta ley, sin perjuicio de los demás derechos y garantías reconocidos en otros cuerpos normativos y en los tratados internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes.”.

-Puesta en votación la indicación N° 3, resultó aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Flores y señora Órdenes.

ARTÍCULO 2

El artículo 2, aprobado en general por la Comisión de Salud, es del siguiente tenor:

“Artículo 2.- Conceptos. Para los efectos de esta ley, se entenderá por:

a. Determinantes de la Salud Mental: se entenderán en los términos señalados en el artículo 2, inciso segundo, de la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de la Salud Mental.

b. Enfermedades o trastornos de salud mental: se entenderán en los términos señalados en el inciso tercero del artículo 2, de la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental, las que pueden estar asociadas o no a una discapacidad.

c. Promoción de la salud: conjunto de acciones que buscan proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

d. Salud mental: se entenderá en los términos dispuestos en el inciso primero del artículo 2 de la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental.

e. Vida Independiente: se entenderá en los términos del artículo 3 letra a) de la ley N° 20.422, que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad.”.

Respecto al artículo 2, se presentaron las indicaciones N°s 4 a 9:

La indicación N° 4 de la Honorable Senadora señora Órdenes, reemplaza en la letra b), y en todo el proyecto de ley[2], la expresión “enfermedad o trastornos de salud mental” por la siguiente:

“afecciones o trastornos de salud mental”.

- La indicación N° 4, fue retirada por su autora.

La indicación N° 5 de la Honorable Senadora señora Órdenes, sustituye la letra c., por la siguiente:

“c. Promoción de la Salud: Conjunto de acciones que buscan proporcionar a las personas los medios necesarios para optimizar su desarrollo, y potenciar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social para ejercer su autonomía libre de barreras y estigmas del entorno social como para favorecer la inclusión social de las mismas.”.

[2] La expresión “enfermedades o trastornos de salud mental”, figura 32 veces en el proyecto de ley.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** explicó que se reemplaza en el verbo “mejorar” por “optimizar”, que si bien, se pueden entender como sinónimos, cuando se vive con una enfermedad mental, la condición generalmente se mantiene y la idea es optimizar el desarrollo de las personas.

La **Subsecretaria de Salud Pública** puntualizó que el artículo tiene como objetivo definir los conceptos que son transversales a la ley. Precisó que el concepto de Promoción es una función esencial de la salud y no es algo específico de salud mental.

Informó que tiene su origen en el año 1986, en la Carta de Ottawa, donde se hizo la Primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. Lo incorporado en el proyecto de ley es la definición técnica, validada internacionalmente, reafirmado en otros instrumentos normativos que entregan directrices internacionales.

Agregó que tiene distintos énfasis, uno de los principales, es reconocer que el trabajo para la salud pública implica promover los factores protectores de la salud, pensando en la historia natural de las enfermedades, es decir, interviniendo antes de que existan los factores de riesgo. Añadió que el otro énfasis importante, es reconocer que la salud de las personas depende de factores individuales, pero también familiares, comunitarios, sociales y contextuales, por ello, se hace la precisión sobre la importancia de identificar y modificar los elementos de contexto para mejorar la salud.

- La indicación N° 5, fue retirada por su autora.

La indicación N° 6 de la Honorable Senadora señora Órdenes, sustituye en la letra c., la expresión “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social”, por la siguiente: “Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental, laboral y social”.

El **Honorable Senador señor Flores** precisó que la incorporación de la palabra “laboral”, ya fue acordado, por lo cual sugiere aprobar la indicación.

La **señora Subsecretaria de Salud Pública** expresó su acuerdo en modificar el concepto presentado, incorporando el término “laboral” que se propone, en armonía con lo aprobado previamente.

Respecto a las otras modificaciones, consideró que escapan del sentido del concepto técnico definido en el texto original.

- Puesta en votación la indicación N° 6, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Flores y señora Órdenes.

La indicación N° 7 de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, sustituye la letra c. por la siguiente:

"c. Promoción de la salud: el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.".

- Puesta en votación la indicación N° 7, resultó rechazada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Flores y señora Órdenes.

La indicación N° 8 de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, incorpora una letra e. nueva, pasando la actual a ser letra f., del siguiente tenor:

"e. Salud mental comunitaria: organización territorial de los sistemas de atención y cuidados de salud mental, cercana a las personas e integrada a la red general de salud en todos los niveles de atención.".

El **Honorable Senador señor Castro González** explicó que, en distintos puntos del proyecto de ley, se alude a la salud comunitaria, por tanto, lo que la indicación propone es una definición expresa en el texto.

Por su parte, la **Subsecretaria de Salud Pública** manifestó estar de acuerdo con la propuesta, que define de manera precisa el modelo de salud mental. Advirtió que su única preocupación es que una definición de este tipo se pueda interpretar para que obligue al sector privado en el diseño de su red, con el mismo modelo.

Afirmó que actualmente así funciona el modelo de salud mental pública y los principios de salud mental comunitaria, están reflejados en el texto del proyecto.

El **Honorable Senador señor Chahuán** consideró que el problema es la implementación de la definición.

El **Honorable Senador señor Flores** destacó que el contenido de lo que se entiende como salud mental comunitaria, está expresado en el proyecto de ley, solo que no estaba definido, por tanto, la definición es oportuna.

- Puesta en votación la indicación N° 8, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Flores y señora Órdenes.

La indicación N° 9 de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega una nueva letra f., (que pasa a ser g.) del siguiente tenor:

"f. Inclusión Social: Proceso de aceptación que permitan a las personas con afecciones o trastornos de salud mental permanente o transitoria ejercer sus derechos y oportunidades para potenciar sus capacidades libres de sesgos, estigmas y barreras y de las determinantes sociales del entorno cercano, educacional, laboral y comunitario.".

El **Honorable Senador señor Flores** sostuvo que hay un acuerdo de la Comisión de aprobar la indicación, eliminando la palabra "afecciones", así como en las siguientes propuestas que incorporen ese término, reemplazándola por "enfermedades".

- Puesta en votación la indicación N° 9, resultó aprobada con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Flores y señora Órdenes.

ARTÍCULO 3

El artículo 3, es del siguiente tenor:

"Artículo 3.- Principios. La interpretación y aplicación de la presente ley deberá hacerse de conformidad a los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República, así como en los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.

La presente ley se regirá por los principios establecidos en el artículo 3 de la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental. Además, se regirá por los siguientes principios:

a. Cooperación: el Estado fomentará la cooperación técnica pública y privada, intersectorial e interinstitucional y nacional e internacional, para el desarrollo de las acciones que propendan a la protección y promoción de la salud mental y bienestar de las personas.

b. Coordinación: los órganos del Estado desarrollarán las acciones para la protección y promoción de la salud mental de manera coordinada y dentro de sus respectivos ámbitos de competencia.

c. Igualdad de derechos y equidad de género: el Estado reconoce la igualdad de derechos y equidad de género como un principio básico en la provisión de servicios de salud mental. En este contexto, nadie podrá ser discriminado arbitrariamente en función de su sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, características sexuales, u otras.

d. Participación y diálogo social: el Estado fomentará la participación de la ciudadanía y de las organizaciones de la sociedad civil, en especial de aquellas que agrupen a personas con enfermedades o trastornos de salud mental y/o sus familias, como un componente fundamental para el cumplimiento de los objetivos de esta ley, en los términos regulados en la ley Nº 20.500, sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

e. Trato paritario: el Estado promoverá la valoración de la salud mental en términos equiparables a la salud física y otros cuidados de la salud, tanto en el acceso, calidad de la atención, criterios para la asignación de recursos, aseguramiento, educación, capacitación, prácticas sanitarias, esfuerzos terapéuticos, medición de resultados, entre otros ámbitos.”.

A este artículo se presentaron las siguientes indicaciones:

La indicación N° 10 de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en la letra a., a continuación del punto final que pasa a ser una coma, la siguiente expresión:

“para lo cual podrá celebrar convenios con organismos públicos como privados, y recibir financiamiento de estos últimos para cumplir con los objetivos de la presente ley.”.

- Puesta en votación la indicación N° 10, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores y señora Órdenes.

La indicación N° 11 de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, sustituye la letra c. por la siguiente:

“c. Igualdad de derechos, no discriminación arbitraria y equidad de género: el Estado reconoce la igualdad de derechos y equidad de género como un principio básico en la provisión de servicios de salud mental. En este contexto, nadie podrá ser discriminado arbitrariamente en función de su sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, características sexuales, pertenencias étnicas y/o raciales, religión o creencia, edad, condición socioeconómica, u otras.”.

La indicación N° 12 de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, reemplaza, el literal c. por el siguiente:

“c. Igualdad de derechos y equidad de género: el Estado reconoce la igualdad de derechos y equidad de género como un principio básico en la provisión de servicios de salud mental. En este contexto, nadie podrá ser discriminado arbitrariamente.”.

La Comisión trató las indicaciones N° 11 y 12 en conjunto. El **Honorable Senador señor Flores** comentó que la propuesta es aprobar el título del literal c. propuesto por la indicación N° 11, pero el contenido redactarlo en términos más genéricos para evitar dejar fuera alguna condición no descrita.

Propuso la siguiente redacción:

“c. Igualdad de derechos, no discriminación arbitraria y equidad de género: el Estado reconoce la igualdad de derechos y equidad de género como un principio básico en la provisión de servicios de salud mental. En este contexto, nadie podrá ser discriminado arbitrariamente.”.

Los integrantes presentes de la Comisión, señalaron estar de acuerdo con la propuesta realizada por el Presidente, señor Flores.

- Puesta en votación las indicaciones N°s 11 y 12, resultaron aprobadas, con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 13 de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, sustituye el punto final de la letra d. por una coma (,), agregando, a continuación, la siguiente frase:

“, y con especial consideración al fomento y estimulación de la participación de niños, niñas y adolescentes, conforme a la autonomía progresiva de estos, en los términos prescritos en el artículo 11 de la ley N° 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia.”.

El **Honorable Senador señor Flores**, observó que la primera parte es igual al texto del mensaje, pero se agrega el párrafo propuesto.

El **Honorable Senador señor Castro González** sugirió reemplazar “conforme a la autonomía progresiva de estos” por “en atención a su edad, madurez y grado de desarrollo.”.

- La indicación N° 13, fue aprobada, con la modificación propuesta, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

ARTÍCULO 4

El artículo 4 se refiere a las acciones generales del Estado. Señala que el Estado deberá promover y proteger la salud mental y el bienestar de la población y la inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, a través de las siguientes acciones:

a. Realizar actividades y campañas de sensibilización y concientización sobre salud mental.

b. Promover la inclusión social de personas con enfermedades o trastornos de salud mental, su participación efectiva en la sociedad y el ejercicio de sus derechos en la comunidad.

c. Desarrollar políticas de apoyo a la vida independiente y la inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental; y, capacitar, perfeccionar y desarrollar protocolos de actuación para funcionarias y funcionarios públicos, con especial énfasis en la prevención de la vulneración de derechos fundamentales y de la discriminación de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

d. Actuar de forma coordinada en el diseño, implementación, evaluación y monitoreo de los planes, programas y otros instrumentos de políticas públicas sectoriales e intersectoriales en materia de salud mental.

e. Promover el desarrollo progresivo e intersectorial de los servicios de cuidados sanitarios y sociosanitarios, acorde al enfoque de derechos y a los principios de inclusión social y vida independiente.

f. Velar por que los establecimientos de salud que desarrollen acciones de salud mental apliquen un enfoque de derechos en sus modelos de intervención, y procuren evitar la institucionalización.

g. Adoptar medidas especiales de protección de la salud mental y de apoyo psicosocial para la población afectada con ocasión de una emergencia, desastre o catástrofe de origen natural o provocado por la acción humana, proveyendo los equipos de primera respuesta, entre otras acciones.

A este artículo se presentaron las siguientes indicaciones:

Las indicaciones N° 14 de la Honorable Senadora señora Órdenes, y N° 15 de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, agregan en el inciso primero, a continuación de la frase: “y la inclusión social”, la siguiente expresión: “como laboral”.

El **Honorable Senador señor Flores** precisó que, de aprobarse en este punto, se debe aprobar en todas las oportunidades que figura la misma indicación.

- Las indicaciones N°s 14 y 15, resultaron aprobadas por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 16 de la Honorable Senadora señora Órdenes, reemplaza la letra a) por la siguiente:

"a) Implementación y promoción de un trabajo transversal psicoeducativo permanente, que impulse el entendimiento y la comprensión sobre la salud mental, con especial énfasis en la disminución del sesgo y la estigmatización, a través de campañas de sensibilización y concientización sobre salud mental.".

La **Subsecretaria de Salud Pública** señaló que, si bien la indicación no cambia el fondo de la redacción sugerida por el Ejecutivo, sugiere que exista un énfasis de las campañas en la disminución de la estigmatización. Añadió que la redacción propuesta podría rigidizar el contenido de una campaña, las cuales van cambiando de foco en el tiempo, que pueden abordar otras temáticas y no necesariamente la reducción del estigma.

Sugirió mantener la redacción inicial propuesta por el Ejecutivo y anunció que este año se publicará la primera campaña de salud mental focalizada en la reducción del estigma, pero eso no significa que necesariamente será el foco anual de cada campaña.

El **Honorable Senador señor Flores** manifestó que se entiende que puede haber modificaciones al contenido de la estrategia, no obstante, consideró que la primera parte del párrafo propuesto por la indicación, es pertinente. Sugirió eliminar la frase ", con especial énfasis en la disminución del sesgo y la estigmatización".

- La indicación N° 16, fue aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 17 de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en la letra b), a continuación de la frase "Promover la inclusión social", la siguiente expresión: "como laboral".

La indicación N° 18 de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en la letra c), a continuación de la expresión: "y la inclusión social", la siguiente expresión: "como laboral".

- Las indicaciones N°s 17 y 18, resultaron aprobadas por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 19 de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, agrega el siguiente inciso final, nuevo:

“El Estado deberá garantizar el acceso igualitario a la salud mental, proveyendo servicios profesionales y estructuras sanitarias y sociosanitarias a lo largo del territorio, con equipos interdisciplinarios, y considerando las necesidades, características y especificidades del territorio, la población y la comunidad.”.

El **Honorable Senador señor Castro González** consultó al Ejecutivo cómo puede establecer más certezas en un área donde hay listas de espera, falta de cupos y escasez de especialistas en el sector público.

La **Subsecretaria de Salud Pública** comprendió la preocupación señalada sobre la importancia de avanzar en fortalecer los sistemas de salud, de modo de garantizar el acceso oportuno e igualitario a las personas. Añadió que ese es el objetivo del sistema de salud, el cual trabaja constantemente para alcanzar de manera progresiva dicho propósito.

Afirmó que esta ley tiene dos contenidos específicos que aportan en tal sentido. El primero, es el principio de trato paritario, que indica que debe haber un cierto equilibrio en destinar los recursos para salud física y salud mental y el segundo, es la creación de una metodología explícita para objetivar cuanto del gasto en salud, se destina a salud mental.

Consideró que esas son las maneras en que este proyecto de ley ofrece ciertas garantías nuevas. Entendiendo la inquietud planteada, está de acuerdo con la propuesta como redacción alternativa, pero utilizando el verbo “promover”, es decir “el Estado promoverá el acceso igualitario”.

El **Honorable Senador señor Gahona** recordó que la misma dificultad la tuvieron al discutir el proyecto de ley TEA. Señaló que entiende que el Estado no pueda comprometer recursos de manera categórica, porque no dispone de recursos presupuestarios, pero aclaró que éstos pueden ser progresivos.

Consideró que sería más adecuada la redacción: “El Estado garantizará progresivamente acceso igualitario a la salud mental…”.

El **Honorable Senador señor Flores** observó que tal propuesta requiere una indicación patrocinada por el Ejecutivo.

En la siguiente sesión, el **Honorable Senador señor Castro González** recordó que el texto señala “deberá garantizar” y se llegó al consenso de reemplazarlo por la palabra “promoverá”, con la respectiva indicación del Ejecutivo que la respalde. Sin embargo, la indicación no fue presentada.

La **señora Subsecretaria** señaló que la razón por la cual no se presentó indicación que patrocine la idea, fue porque, a consideración del

Ejecutivo el énfasis de lo territorial se recoge de mejor manera en otros artículos del proyecto de ley, específicamente en el artículo 15 (indicación N° 41.A) y en el artículo 27 (indicación N° 56.A).

El **Honorable Senador señor Castro González** solicitó se someta a votación la admisibilidad de la indicación N° 19, como fue consensuada, con la palabra “promoverá”.

El **Honorable Senador señor Flores** precisó que se trata de una atribución que no genera mayor complicación financiera o de otra naturaleza.

- El Presidente declaró admisible la indicación N° 19.

- Puesta en votación la indicación N° 19, resultó aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 20 de S.E. el Presidente de la República, agrega a continuación del literal g, el siguiente literal h, nuevo:

“h. Actuar de forma coordinada en el diseño e implementación de acciones para la detección temprana de riesgos y la prevención de lesiones autoinfligidas y conductas suicidas de las personas.”.

- Puesta en votación la indicación N° 20, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 21 del Honorable Senador señor Chahuán, incorpora un nuevo literal h), del siguiente tenor:

“h) Diseñar y ejecutar campañas nacionales de concientización sobre la importancia de la salud mental, enfocadas en la eliminación del estigma y la promoción del acceso a servicios de salud mental.”.

- La indicación N° 21, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por contener materias de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

ARTÍCULO 5

El artículo 5 aprobado en general por la Comisión, es del siguiente tenor:

“Artículo 5.- Vida independiente, inclusión social y cuidados de salud mental. El Estado y sus órganos serán responsables de desarrollar políticas de apoyo a la vida independiente y la inclusión social de las personas con

enfermedades o trastornos de salud mental, de conformidad con el artículo 24 de la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de la Salud Mental.

Los órganos del Estado promoverán un enfoque descentralizado y territorializado de los cuidados de salud mental de tipo sanitario o sociosanitario. En el caso de los servicios sanitarios, los apoyos ambulatorios y hospitalarios se proveerán en un modelo integrado con la atención de otras necesidades de salud. Por su parte, los establecimientos residenciales sociosanitarios que brinden cuidados de salud mental requerirán cumplir, para efectos de su instalación y funcionamiento, en lo relativo a su dimensión sanitaria, con los requisitos establecidos en un reglamento que será expedido por el Ministerio de Salud; y en lo referente a su dimensión social, con los requisitos que disponga un reglamento que será expedido por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Todos los establecimientos que se dediquen a los cuidados de salud mental requerirán de autorización sanitaria conforme los requisitos definidos por el Ministerio de Salud.”.

La indicación N° 22 de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en el inciso primero, a continuación de la frase “vida independiente y la inclusión social”, la siguiente expresión: “como laboral”.

- Puesta en votación la indicación N° 22, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 23 de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, sustituye el inciso final, por el siguiente:

“El Ministerio de Salud podrá determinar que ciertos establecimientos que se dediquen a los cuidados de salud mental requieran autorización sanitaria, y cumplir con determinados requisitos definidos por el mismo.”.

El **Honorable Senador señor Gahona** comentó que el proyecto de ley ya indica que todo establecimiento que se dedique a cuidados de salud mental requiere autorización sanitaria. Sin embargo, dado los problemas que se presentan con la denominada permisología, propuso una redacción que permita que ciertos establecimientos queden exentos de esa autorización.

La **Subsecretaria de Salud Pública** sostuvo que el inciso del proyecto de ley propuesto por el Ejecutivo está en el contexto de los cuidados sociosanitarios. En efecto, comentó que existen servicios sociosanitarios donde se entregan servicios a personas que tienen trastornos de salud mental, por ejemplo, discapacidad psíquica o discapacidad intelectual.

En ese contexto, precisó que actualmente no hay una exigencia de contar con una autorización sanitaria, reconociendo que también tiene una atención de salud y se debe entender en ese contexto.

Agregó que la intención de este inciso no es proponer que cualquier lugar físico, que entrega una prestación de salud mental, tenga una autorización sanitaria, por ejemplo, que una consulta individual cuente con una autorización, porque eso no es una práctica que se hace.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Flores** observó que el proyecto establece obligatoriedad, dice todos los establecimientos que se dediquen a los cuidados de salud mental, requerirán autorización.

Agregó que la indicación en estudio, flexibiliza el texto al señalar que el Ministerio de Salud podrá determinar que ciertos establecimientos, que se dedican a los cuidados de salud mental, requieren autorización.

La **Subsecretaria de Salud Pública** sugirió revisar el inciso anterior, que deja claro el universo al que hace referencia el último inciso, que es objeto de la indicación.

Explicó que el inciso anterior, trata sobre los establecimientos residenciales sociosanitarios que brindan cuidados de salud mental, los que, para efectos de su instalación y funcionamiento, en lo relativo a su dimensión sanitaria, deberán cumplir con los requisitos establecidos en un reglamento que será expedido por el Ministerio de Salud.

Destacó que el último inciso, hace referencia a ese mismo universo de tipo de establecimiento.

La **señora Javiera Erazo** añadió que el catálogo de establecimientos que requieren autorización sanitaria, es un listado específico, que se actualiza. Se trata de residencias donde hay personas viviendo, en los que se hacen procedimientos clínicos, lo que además ya está cubierto por la legislación general sobre autorización sanitaria, que define las características que debe tener un establecimiento para ser considerado como tal y para ser sujeto de autorización sanitaria.

El **Honorable Senador señor Gahona** sugirió eliminar la palabra “todos”, del texto del proyecto de ley.

- La Comisión acordó eliminar la palabra “todos” del inciso final del texto del proyecto, por resultar redundante, por la unanimidad de los presentes Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes. (Artículo 121 del Reglamento del Senado)

- La indicación N° 23, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por contener materias de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

ARTÍCULO 6

El artículo 6, trata sobre las acciones generales del sector salud.

Señala que el Ministerio de Salud, en el marco de sus competencias, fomentará y desarrollará acciones para la promoción y protección del bienestar de las personas y la prevención de las enfermedades de salud mental.

Asimismo, dispone que adoptará y desarrollará las acciones necesarias para el diagnóstico, la recuperación, rehabilitación e inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, conforme a la gradiente de intensidad de cuidados y apoyos en salud.

La indicación N° 24 de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en el inciso segundo, a continuación de la expresión “e inclusión social”, el siguiente texto: “como laboral”.

- Puesta en votación la indicación N° 24, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 25 de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, sustituye el punto final del inciso segundo por una coma (,), y agrega, a continuación, la siguiente frase: “garantizando la calidad, continuidad y personalización de los mismos.”.

La **Subsecretaria de Salud Pública** indicó que se trata de una discusión similar a la sostenida en una indicación anterior, acerca de la admisibilidad de su contenido. Afirmó estar de acuerdo con el fondo, porque se rescatan conceptos vigentes del modelo de salud familiar y mental comunitaria.

Sin embargo, el uso del verbo garantizar, podría ser interpretado como la obligación de subsanar de manera inmediata las brechas que existen en el sistema, lo que implicaría un gasto fiscal.

A su vez, comentó que la garantía de calidad, en el marco normativo de salud, está dentro de la ley GES, por tanto, ya hay una norma que regula aquello, la cual tiene garantías de acceso de oportunidad, calidad y protección financiera.

Sugirió mantener la indicación, solamente cambiando el verbo “garantizando” a “promoviendo”, lo que reforzará el proyecto de ley.

- Puesta en votación la indicación N° 25, resultó aprobada con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

- - -

ARTÍCULO 9, nuevo.

La indicación N° 26 de S.E. el Presidente de la República, agrega, a continuación del artículo 8, el siguiente artículo 9, nuevo, pasando el actual artículo 9 a ser 10, y así sucesivamente:

"Artículo 9.- Prevención de las lesiones autoinfligidas y del suicidio. El Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, actuará de manera coordinada con las autoridades regionales y municipales de todo el territorio nacional para implementar medidas orientadas a prevenir las lesiones autoinfligidas y las conductas suicidas de las personas.

Para tales efectos, cada Secretaría Regional Ministerial de Salud deberá mantener y actualizar un catastro detallado de los sitios identificados como frecuentes para la ocurrencia de suicidios dentro de cada región. Estos catastros tendrán como objetivo proporcionar al Ministerio de Salud la información necesaria para el diseño, ejecución y evaluación de las medidas señaladas en el inciso precedente.".

El **Honorable Senador señor Flores** consideró oportuna la indicación del Gobierno que apunta a enfrentar el problema del suicidio, sin embargo, estimó que su alcance es escaso.

Precisó que al revisar el texto se señala que las Seremis implementaran medidas destinadas a prevenir los suicidios y señala que se debe elaborar un catastro. Observó que las acciones son insuficientes, considerando que es el único inciso que se refiere al suicidio en una ley de salud mental y sugirió al Ejecutivo que presente una propuesta más completa.

Por su parte, la **Subsecretaria de Salud Pública** recalcó que existen otras normas en el proyecto de ley, referidas a los deberes generales del Estado, donde se contiene una disposición específica sobre el suicidio, incluso algunas que no lo hacen de manera directa.

Explicó que este inciso, en comparación con nuestra normativa vigente es un avance, ya que, en la actualidad, no hay disposiciones que permitan hacer un trabajo en torno a este tema.

Informó que el objetivo del texto es entregar una obligación a las Seremis de tener el registro de los lugares públicos que son considerados

medios letales y en base a eso, la Seremi puede proponer intervención de ese espacio con el objeto de prevenir que sea utilizado para lesiones auto infringidas.

Sostuvo que las medidas pueden ser arquitectónicas, si se permiten o de otra manera, como vigilancias con personas que pueden identificar ciertas conductas de riesgo. Afirmó que contar con un catastro facilita la implementación de esas medidas.

El **Honorable Senador señor Flores** insistió en aumentar su espectro, por ejemplo, una persona que intenta suicidarse, debe recibir un acompañamiento posterior.

La **Subsecretaria señora Albagli**, comentó que las medidas señaladas ya están implementadas y se ha innovado en estrategias durante la administración para entregar acompañamiento, por ejemplo, la Línea para la Prevención del Suicidio (*4141), que se publica en lugares donde tienen conocimiento que han existido intentos de suicidio.

Aclaró que la indicación no tiene como propósito resolver el problema del suicidio, sino que avanzar en uno de los medios que tiene más evidencia internacional, que es la reducción del acceso a los medios letales. Añadió que esos medios letales pueden ser utilizados dentro del hogar de una persona, pero también los de acceso público. Afirmó que esta indicación es específica para abordar y avanzar en ese punto en particular, del cual hoy se carece de normativa que entregue mayor facultad a las Seremis para hacer sugerencias a espacios privados de acceso público, de manera de modificarlos para hacerlos seguros para las personas.

En la siguiente sesión, el **Honorable Senador señor Flores** consideró que acá se produce un problema de fondo. Recordó que le solicitaron al Ejecutivo reforzar el artículo, en atención a que es la única parte del texto que hace referencia al suicidio, pero de manera superficial.

El Ejecutivo no ha presentado una nueva indicación para que la redacción sea más exhaustiva y amplia.

La **señora Subsecretaria de Salud Pública** señaló que uno de los medios comprobados internacionalmente, que reduce la muerte por suicidio, es evitar el acceso a métodos letales de distinto tipo. Dentro de los medios letales se identifican aquellos que están disponibles en espacios públicos, como las caídas de altura, lugares frecuentes de acantilado o el metro.

Manifestó que, en la actualidad, no existe un registro que tenga un catastro de los lugares donde frecuentemente ocurren los intentos de suicidio o muertes por suicidio. Por lo tanto, la autoridad sanitaria carece de esa

información, que le permitiría intervenir en aquellos espacios públicos y ese es el objetivo del artículo propuesto.

Explicó que en lugar de incluir el artículo 9, nuevo, la propuesta que plantea el Ejecutivo es aprobar la nueva indicación, presentada con posterioridad (N° 28.A, de S.E. el Presidente de la República), que agrega en el inciso cuarto del artículo 9, a continuación de la expresión “lesiones,” la siguiente frase: “incluidas las autoinfligidas, así como los lugares de ocurrencia de estas,”.

Informó que, con esta indicación, se logra el mismo objetivo, pero se simplifica la redacción, acogiéndose a lo que señala el artículo 49 del Código Sanitario, que le permite a la autoridad sanitaria establecer sistemas de notificaciones obligatorias de enfermedades o lesiones, incluidas las autoinfligidas y los lugares de ocurrencia de estas. Por lo tanto, se entregaría la información que se requiere para realizar la gestión intersectorial e intervenir en esos espacios públicos.

El **Honorable Senador señor Flores** observó que el artículo 9, se refiere a que el Ministerio de Salud debe recolectar información. La indicación nueva (N°28.A), a la que se ha referido la Subsecretaria, agrega al artículo 9, la frase “incluidas las autoinfligidas, así como los lugares de ocurrencia de estas.”.

Consideró que si se elimina lo que propone la indicación N° 26, que era escaso y poco amplio, pero que hacía referencia al suicidio, y se reemplaza por la nueva indicación, queda peor el texto.

Consultó si seguirá funcionando el fono de auxilio al suicidio y los equipos.

El **Honorable Senador señor Gahona** manifestó que las medidas orientadas a la prevención no tienen que ver con medidas de desarrollo de infraestructura, sino que a campañas de prevención, de aviso, de fono de ayuda, entre otros. Pero no está considerado que en cada lugar donde pueda haber suicidios se tomen medidas físicas para evitar que ello ocurra.

Señaló que no ve la diferencia del cambio de la indicación N° 26 a la nueva que se propone.

La **señora Subsecretaria** aclaró que la línea *4141, seguirá funcionando, que es independiente a lo legislativo, además, busca puntos de intervención en la historia de la enfermedad que son distintos.

Aclaró que limitar el acceso a medios letales, es desde el punto de vista promocional para toda la población, por su parte, la línea *4141, está orientada para las personas que ya están en una situación de riesgo y que buscan ayuda activamente.

- Puesta en votación la indicación N° 26, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

\- - -

ARTÍCULO 9

El artículo 9, se refiere a la vigilancia de salud pública en el ámbito de la salud mental. Establece que el Ministerio de Salud estará facultado para recolectar aquellos datos estadísticos relevantes para la protección, fomento y recuperación de la salud mental, de acuerdo con lo establecido en el artículo 47 del Código Sanitario y en el artículo 4 N°5, del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley Nº 2.763, de 1979 y de las leyes Nº 18.933 y Nº 18.469.

El Ministerio de Salud desarrollará periódicamente una Encuesta Nacional de Salud Mental para actualizar la información del estado de salud mental de la población, el impacto de las políticas públicas en la materia, con el objeto de contribuir a la toma de decisiones. Dicha encuesta deberá realizase, a lo menos, cada 10 años.

La Encuesta deberá contar con un módulo base con núcleos de contenido que permita el seguimiento longitudinal de las políticas en salud mental.

Asimismo, conforme al artículo 49 del Código Sanitario podrá establecer sistemas de notificación obligatoria de enfermedades o lesiones, cuando dicha información sea necesaria para la Autoridad Sanitaria.

La indicación N° 27 de la Honorable Senadora señora Órdenes, sustituye en el inciso segundo, el guarismo “cada 10 años” por “cada 4 años”.

- La indicación N° 27, fue retirada por su autora.

La indicación N° 28 de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, incorpora un inciso final, nuevo, del siguiente tenor:

“Los datos obtenidos deberán ser tratados en conformidad con la ley N° 19.628, sobre protección de los datos personales.”.

El **Honorable Senador señor Gahona** señaló que se trata de una adecuación, para que, en todas las encuestas de salud mental, se cumpla la normativa de protección de datos personales.

La **Subsecretaria de Salud Pública**, precisó que la ley N° 19.628, fue modificada recientemente, por la ley N° 21.719, promulgada en diciembre del año 2024, por lo que sugirió redactarla sin indicar el número de la ley y solo a la materia, en caso que existan nuevas modificaciones.

- Puesta en votación la indicación N° 28, resultó aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 28.A, de S.E. el Presidente de la República, agrega en el inciso cuarto, a continuación de la expresión “lesiones,” la siguiente frase: “incluidas las autoinfligidas, así como los lugares de ocurrencia de estas,”.

La **encargada del Programa de Salud Mental, señora Javiera Erazo** explicó que el sentido de esta indicación es mejorar la armonización normativa del proyecto, al incluir la materia en el Código Sanitario. Recordó que uno de los objetivos centrales de este proyecto de ley es mejorar dicha armonización, asegurando que los marcos normativos generales incluyan disposiciones para la protección de la salud mental y esta indicación va en esa dirección, por ejemplo, la notificación de eventos de interés de salud pública, como las lesiones y lugares de ocurrencia de lesiones autoinfligidas.

El **Honorable Senador señor Gahona** consultó si el Ejecutivo se está haciendo cargo del gasto fiscal que implica la ejecución de la indicación, porque realizar medidas de prevención en los lugares de ocurrencia significa necesariamente desarrollar ciertas infraestructuras y campañas de prevención.

La **señora Ministra de Salud** aclaró que al hablar de las medidas que toma la salud pública con respecto a los lugares donde se producen, por ejemplo, los intentos suicidas, significa que la autoridad sanitaria señala esos lugares y les indica a las personas responsables de ellos a que tomen las medidas correspondientes. Desde el presupuesto del sector salud no se dispondrá de recursos para poner barandas, por ejemplo.

Comentó que existe evidencia que ciertos lugares generan una atracción, por ello es importante su resguardo para evitar conductas que son muchas veces impulsivas.

El **Honorable Senador señor Gahona** solicitó aclarar que la carga fiscal que incorpora esta indicación, será de responsabilidad de la entidad que administra ese espacio público.

La **señora Subsecretaria de Salud Pública** respondió que hay distintas estrategias para intervenir en los lugares públicos donde hay mayor ocurrencia de intentos de suicidio. Algunas son arquitectónicas y que pueden involucrar inversión financiera para intervenir físicamente en esos espacios.

Pero no todos los espacios son aptos para que se resuelva con una intervención arquitectónica.

En otras ocasiones se realiza una intervención con capacitación de agentes comunitarios, que están entrenados para identificar a personas que tienen señales de riesgo y para acercarse a ofrecer una contención, que es una de las acciones que ya hace el Metro y que está incorporado en el presupuesto de continuidad del Ministerio de Salud. Estimó que hay aproximadamente 3.000 personas capacitadas, que son agentes comunitarios.

La **señora Ministra de Salud** añadió que incorporar la palabra "lesiones" no es banal porque para los médicos las lesiones no son enfermedades, así están consideradas en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

El Código Sanitario establece la notificación obligatoria de enfermedades, por ello, al agregar la palabra lesiones, éstas se incluyen, categorizadas a su vez en intencionales y no intencionales.

En las lesiones intencionales hay algunas que son producto de la violencia y otras que son autoinfligidas. Las no intencionales son lo que se conoce como accidentes.

De esta forma, la obligación de notificar las enfermedades, se extiende a las lesiones.

- Puesta en votación la indicación N° 28.A, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y Kuschel.

ARTÍCULO 10

El artículo 10 se refiere a la formación y capacitación del personal de salud. Indica que el Ministerio de Salud promoverá la formación y capacitación continua del personal de salud en el resguardo y promoción de los derechos fundamentales en la atención y cuidados de salud mental, otorgada tanto en la comunidad como en los establecimientos de salud.

La formación y capacitación deberá poner énfasis en las estrategias de atención orientadas a la prevención de episodios agudos y a la limitación del uso de mecanismos restrictivos de movilidad en los cuidados de salud mental.

A este artículo se presentaron las indicaciones N°s 29, 30, 31 y 32.

La indicación N° 29 de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, incluye una oración final nueva en el inciso primero, del

siguiente tenor: “Se tendrá especial consideración por la salud mental de las personas con enfermedades terminales y sufrimiento psicológico.”.

El **Honorable Senador señor Gahona** precisó que el objetivo de la indicación es que aquellas personas con enfermedades terminales tengan una atención en salud mental de manera prioritaria, por parte del personal médico.

La **Subsecretaria de Salud Pública** consideró que no es adecuado precisar contenidos rígidos para necesidades que pueden ser cambiantes. Añadió que los requerimientos de capacitación son dinámicos y múltiples.

El **Honorable Senador señor Gahona** argumentó que solo enfatiza que se tendrá especial consideración, donde se deberá tener en cuenta todos los factores y antecedentes, por lo cual no es rígida.

El **Honorable Senador señor Flores** añadió que no todos los médicos saben todas las disciplinas y muchos de ellos no están preparados para atender a un paciente en situación terminal, por lo que requieren capacitación y no está de más mencionarlo como un énfasis especial, sin que sea obligatorio, sino una postura de acompañamiento.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** consideró que la indicación permite enfocarse en grupos más vulnerables, razón por la cual sugirió poner un enfoque más general.

La **Subsecretaria de Salud Pública** explicó que, en su opinión, hace rígida la norma, porque introduce de manera permanente la priorización de un contenido por sobre otro. Advirtió que esa priorización no se da de igual manera en todos los lugares, contextos y con el paso del tiempo las circunstancias cambian.

- Puesta en votación la indicación N° 29, resultó aprobada, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 30 de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, lo modifica en el siguiente sentido:

a. Incorpora un inciso segundo nuevo, pasando el actual a ser tercero, del siguiente tenor:

“Asimismo se asegurará la capacitación continua del personal médico y de otros profesionales y técnicos de la salud en el reconocimiento y abordaje de los problemas de salud mental de la población en todos los niveles de atención, de acuerdo a su nivel de complejidad y cartera de prestaciones.”.

b. Sustituye en el inciso segundo, que ha pasado a ser tercero, la palabra “restrictivos” por “coercitivos”.

El **Honorable Senador señor Gahona** consideró que es adecuada la indicación contenida en el literal a., pero sería una facultad del Ejecutivo, porque asegurar una capacitación continua, implica destinar recursos.

La **Ministra de Salud** comentó que el artículo del proyecto de ley, ya está estableciendo esa obligación de alguna forma.

El **Honorable Senador señor Flores** observó que el literal b. de la indicación parece razonable.

La **Subsecretaria de Salud Pública** explicó que en la literatura internacional se utilizan ambos conceptos y manifestó su acuerdo en aprobar el literal b.

- El Presidente de la Comisión declaró la letra a. de la indicación N° 30, inadmisible.

- Puesta en votación la letra b. de la indicación N° 30, resultó aprobada, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 31, de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en el inciso segundo, a continuación de la frase “La formación y capacitación deberá poner énfasis en”, la siguiente expresión: “el enfoque biopsicosocial,”.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** argumentó que el propio proyecto de ley hace un cambio y releva la importancia de pasar de un enfoque biomédico, a un enfoque psicosocial, entendiendo que mantener la salud implica mejorar el ecosistema psicológico y no solo dar de alta a los usuarios.

La **Subsecretaria señora Albagli**, indicó estar de acuerdo con lo expresado, siendo el modelo biopsicosocial desde donde se trabaja la salud. Pero comentó que este inciso hace referencia a la capacitación requerida para manejar momentos de crisis, en particular, el actuar y la conducta que tienen que tener los profesionales de la salud, cuando una persona está en contexto de crisis, para el total cuidado del resguardo de su bienestar y derechos.

En ese contexto, estimó que el concepto propuesto queda fuera del marco al que específicamente está aludiendo este inciso y podría confundir el espíritu del contenido que están proponiendo, por lo cual, sugirió rechazar la indicación.

- La indicación N° 31, fue retirada por su autora.

La indicación N° 32 del Honorable Senador señor Chahuán, agrega el siguiente inciso final:

"El Ministerio de Salud implementará un programa nacional de becas y formación continua en salud mental, con énfasis en el fortalecimiento de equipos multidisciplinarios en zonas rurales y de difícil acceso.".

- La indicación N° 32, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por irrogar gastos, lo cual es materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

ARTÍCULO 11

El artículo 11, es del siguiente tenor:

"Artículo 11.- Investigación. El Ministerio de Salud fomentará la investigación y la producción de datos e información para la toma de decisiones sobre la salud mental y velará por la efectiva divulgación de sus resultados. Además, impulsará y generará instancias de diálogo y coordinación con la comunidad científica, la sociedad civil y las universidades e instituciones públicas o privadas que realizan investigación en salud mental.".

La indicación N° 33 de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, incorpora un inciso segundo, del siguiente tenor:

"Lo anterior, garantizando el debido respeto de lineamientos éticos de investigación en salud, conforme se establece en los artículos 10 y 11 de la ley N° 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana.".

- Puesta en votación la indicación N° 33, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y señora Órdenes.

ARTÍCULO 12

El artículo 12, sobre asignación de recursos en salud mental, señala que sin perjuicio de las funciones y atribuciones que correspondan a los organismos respectivos, el Ministerio de Salud podrá implementar mecanismos de monitoreo y evaluación del gasto destinado a la salud mental, que contribuyan a la toma de decisiones informada sobre la asignación de recursos en salud mental y a la definición de objetivos sanitarios nacionales. Para ello se podrá considerar criterios como la prevalencia de los problemas, la tendencia, la eficacia y efectividad de las intervenciones y su costo, así como también la capacidad de la red asistencial, considerando todo el espectro de las

necesidades asistenciales, desde la promoción de la salud, hasta la rehabilitación.

En este artículo recayeron las siguientes indicaciones, N°s 34, 35 y 36:

La indicación N° 34 de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega, después del punto aparte que pasa a ser una coma, la siguiente expresión:

"incluyendo la inclusión social de las personas con condiciones del neurodesarrollo.".

La **Honorable Senadora señora Órdenes** explicó que las personas neuro divergentes no necesitan rehabilitación, sino que un entorno que les permita desarrollar plenamente sus habilidades de acuerdo a su condición, con un ambiente psicosocial inclusivo.

La **Subsecretaria de Salud Pública** señaló que el proyecto crea una ley general de salud mental, razón por la cual se ha realizado el esfuerzo para evitar en todo el cuerpo de texto, hacer menciones hacia tipos de condiciones clínicas específicas.

El riesgo de esta indicación, prosiguió, es que la limitaría a personas con condiciones de neurodesarrollo. Consideró valiosa la sugerencia del concepto de inclusión social y sugirió como alternativa incorporar hasta ese punto la indicación, sin especificar el neurodesarrollo.

La **Ministra de Salud** aclaró que cuando se habla desde la promoción hasta la rehabilitación, se refiere a los niveles de prevención que se usan en salud pública y la rehabilitación incorpora la inclusión social.

Sostuvo que en salud pública las estrategias poblacionales tienen niveles de actuación, que van desde la promoción, pasando por la prevención, la protección, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación. Agregó que, desde su punto de vista, eso incorpora la inclusión social.

El **Honorable Senador señor Gahona** estimó que la indicación refuerza la preocupación por incluir a todos y se manifestó de acuerdo con la sugerencia de incorporar el texto hasta "inclusión social".

El **Honorable Senador señor Flores** aclaró que la propuesta que se somete a votación, es incorporar a continuación de la palabra "salud," lo siguiente "la rehabilitación hasta la inclusión social.".

- Puesta en votación la indicación N° 34, resultó aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 35 del Honorable Senador señor Chahuán, incorpora en siguiente inciso nuevo:

"El Ministerio de Salud deberá desarrollar programas educativos dirigidos a los familiares de las personas con trastornos de salud mental, para capacitarlos en el manejo de situaciones complejas, con un enfoque de apoyo emocional y de cuidado psicosocial.".

La **señora Javiera Erazo** comentó que esta materia ya está tratada en la ley N° 21.331, en el artículo 22.

- La indicación N° 35, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La indicación N° 36 del Honorable Senador señor Chahuán, incorpora el siguiente inciso nuevo:

"El Ministerio de Salud deberá asignar un presupuesto detallado que cubra todas las medidas dispuestas en esta ley, priorizando el financiamiento de servicios en zonas rurales y con mayor brecha de acceso.".

- La indicación N° 36, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, materia que es de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

Párrafo 3° Del sector educación

ARTÍCULO 13

El artículo 13, aprobado en general por la Comisión, es del siguiente tenor:

"Artículo 13.- Salud mental en establecimientos educacionales. El Ministerio de Educación promoverá que los establecimientos o instituciones educacionales, en todos los niveles y modalidades educativas, incorporen acciones o medidas dentro de sus planes de gestión de la convivencia educativa, para avanzar en la promoción y prevención de la salud mental. Asimismo, fomentará la convivencia, bienestar y buen trato en las comunidades educativas, que propicien el respeto por la diversidad; la disminución y la detección temprana de los factores de riesgos para la salud mental; y la derivación oportuna para la atención en salud mental.

Las acciones mencionadas promoverán la inclusión educativa de los y las estudiantes con enfermedades o trastornos de salud mental, teniendo en especial consideración a niños, niñas y adolescentes.”.

A este artículo se formularon las indicaciones N°s 37, 38 y 39.

La indicación N° 37, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, sustituye, en el inciso primero, la expresión “en las comunidades educativas, que propicien el respeto por la diversidad” por “en todas las comunidades educativas”.

Sobre lo anterior, la **Subsecretaria de Salud Pública** explicó que el objetivo del artículo 13 es establecer responsabilidades específicas del sector educación para promover la salud mental. Uno de los componentes esenciales para lograrlo es la buena convivencia y la razón por la que se destaca la palabra “diversidad” en este contexto, es porque gran parte de los casos de acoso escolar o de problemas de convivencia escolar, se basan en la discriminación hacia otra persona. Por ello, consideró importante que la palabra “diversidad” quede expresada, porque es el foco para tener una buena convivencia.

El **Honorable Senador señor Gahona** calificó de contradictorio lo señalado, porque recientemente se argumentó que este proyecto de ley es general y debía incluir a todos.

Planteó que la especificidad que se señala respecto a la diversidad, sin especificar el tipo de diversidad al que hace referencia, está de más. No ve la razón de porqué se debe tener una especial consideración en grupos diversos, más bien se debe tener en los ambientes escolares o educativos, con todos los niños y niñas adolescentes.

El **Honorable Senador señor Flores** dio a conocer la siguiente propuesta: sustituir desde la frase “asimismo fomentará” hasta el punto final, por “asimismo, fomentará en las comunidades educativas la convivencia, bienestar, respeto por la diversidad, buen trato, la disminución y la detección temprana de los factores de riesgo para la salud mental, y la derivación oportuna para la atención en salud mental.”.

A continuación, se sometió a votación la última propuesta.

- Puesta en votación la indicación N° 37, resultó aprobada, con las modificaciones propuestas, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 38, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, incorpora el siguiente inciso final nuevo:

“Sin perjuicio de su autonomía, las instituciones de educación superior que impartan carreras de formación de médicos, médicas, otros profesionales y técnicos de la salud, propenderán a que, en sus currículos formativos, la salud mental tenga una representación pertinente a la carga de enfermedad y necesidad de cuidados de la población en este ámbito.”.

El **Honorable Senador señor Gahona** manifestó el problema que se genera por el término “sin perjuicio de su autonomía universitaria”.

La **Subsecretaria de Salud Pública** comentó estar de acuerdo con el fondo de la indicación, en cuanto busca promover la formación general en salud mental, de todos los que van a trabajar en el ámbito de la salud, pues está dentro del espíritu de la ley promover conocimientos y habilidades generales en los equipos.

Consideró importante que las universidades mantengan su autonomía académica para escoger y diseñar sus programas de estudio y si eso no se interpreta de un modo restrictivo, estuvo de acuerdo con el fondo.

El **Honorable Senador señor Flores** propuso eliminar la frase relativa a la autonomía. Además, con el objeto de no hacer la distinción entre médicos y otros profesionales, sugirió suprimir “médicos, médicas, otros”.

- Puesta en votación la indicación N° 38, resultó aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 39, del Honorable Senador señor Chahuán, agrega un nuevo inciso final, del siguiente tenor:

“El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, implementará un programa de prevención en salud mental que abarque la formación de docentes, la detección temprana de trastornos y actividades psicoeducativas en los establecimientos educacionales.”.

- La indicación N° 39, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, porque es materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

ARTÍCULO 15

El artículo 15, se refiere al acceso y mantención del empleo de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental. Señala que el Ministerio del Trabajo y Previsión Social promoverá políticas orientadas al acceso y mantención del empleo de personas con enfermedades o trastornos de salud mental, particularmente de aquellos con discapacidad psíquica o intelectual.

A este artículo se presentaron las indicaciones N°s 40, 41 y 41.A.

La indicación N° 40, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, agrega antes del punto aparte, lo siguiente:

"que puedan trabajar. Asimismo, podrá promover el uso correcto de licencias médicas, el subsidio por incapacidad laboral y de la certificación de discapacidad, cuando corresponda.".

El **Honorable Senador señor Gahona** explicó que la indicación tiene como propósito promover el acceso y la mantención del empleo de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, pero que efectivamente puedan trabajar. También se incorpora la promoción del uso correcto de licencias médicas y del subsidio por incapacidad laboral.

La **Ministra de Salud** señaló que lo planteado se encuentra regulado y precisó que la certificación no la hace el Ministerio del Trabajo, sino que la realiza la COMPIN.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** se mostró de acuerdo con la indicación, hasta la frase "que puedan trabajar", porque se está legislado sobre licencias médicas en otro proyecto de ley.

La Comisión acogió la sugerencia planteada por la Honorable Senadora señora Órdenes y sometió a votación la incorporación de la frase "que puedan trabajar".

- Puesta en votación la indicación N° 40, resultó aprobada, con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 41, de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega un inciso final del siguiente tenor:

"Para el cumplimiento de este objetivo, El Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en coordinación con el Ministerio de Salud, municipalidades y Gobiernos Regionales, en su caso, podrán establecer planes de inclusión laboral específicamente enfocados en la inclusión de personas que padezcan o hayan padecido enfermedades o trastornos de salud mental, pudiendo celebrar convenios con entidades tanto públicas como privadas, con el objetivo de identificar e insertar laboralmente a estas personas.".

La **Subsecretaria de Salud Pública** indicó que está de acuerdo con el fondo de la indicación, sin embargo, aclaró que esta norma está dentro del párrafo referido al sector trabajo, por tanto, el foco se centra en eso. De

acogerse la indicación, recargaría las responsabilidades del sector salud en algo que es materia de trabajo.

En segundo lugar, manifestó que puede ser redundante con el objetivo de la ley, que ya establece un comité interministerial, justamente para este tipo de labores que requieren una coordinación de todos los sectores, en el cual están trabajo y salud, para considerar lo que se propone en la indicación, dentro de otras materias.

Por su parte, la **Ministra de Salud** añadió que el artículo propuesto por el Ejecutivo incluye el aspecto mencionado en la indicación. El artículo es genérico y señala que tiene que promover políticas orientadas al acceso y mantención del empleo de personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** recordó que se debe tener presente lo que ocurre en regiones y en zonas extremas, no se trata solo del esfuerzo centralizado de los ministerios, por eso se incorporan los municipios y los gobiernos regionales, que tienen bastante autonomía y capacidad para liderar este tipo de tareas. Añadió que la indicación propuesta habilita la cooperación, no solo en la lógica interministerial.

La **Ministra de Salud** señaló que solo está estableciendo obligaciones a entidades estatales o fiscales, no al sector privado. La política del trabajo es más general.

A su vez, la **señora Javiera Erazo** indicó que la preocupación es que restrinja el alcance, por ejemplo, hay mucho que hacer en inclusión laboral de personas con discapacidad psíquica e intelectual y una de las formas en las que se podría materializar en este artículo, es tener perspectivas especiales de la ley de inclusión laboral.

Consideró que la indicación puede restringir la interpretación del artículo propuesto, que es más amplio, dado que manifiesta una alternativa, dentro de muchas otras formas de materializarlo.

- La indicación N° 41, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, porque es materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La indicación N° 41.A, de S.E. el Presidente de la República, modifica el artículo 15 que ha pasado a ser 16 en el siguiente sentido:

a) Agrégase, después de la palabra “mental”, la expresión “que puedan trabajar”.

b) Agrégase, a continuación del punto final, que pasa a ser una coma, la siguiente frase: “con particular atención a la equidad territorial de estas acciones. Para dicho fin, las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales, podrán actuar de manera coordinada con las autoridades regionales y municipales de todo el territorio nacional para promover medidas orientadas al acceso y mantención de empleo de estas personas.”.

La **señora Subsecretaria de Salud Pública** sostuvo que la indicación del Ejecutivo fue redactada de modo que acogiera la preocupación de fondo de la Senadora Ordenes, con lo que estaban de acuerdo como Ejecutivo.

El **Honorable Senador señor Gahona** observó que también se agregó la frase propuesta por los parlamentarios “que puedan trabajar” a continuación de la palabra “mental”, por lo cual, se mostró conforme con la redacción presentada.

- Puesta en votación la indicación N° 41.A, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y Kuschel.

Párrafo 5° Del sector vivienda y urbanismo

ARTÍCULO 16

El artículo 16, se refiere a la salud mental en la planificación urbana y habitacional. Precisa que el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, en el marco de sus competencias, promoverá el desarrollo de proyectos para el mejoramiento de entornos urbanos y habitacionales, incluyendo barrios y condominios, que contribuyan a la salud mental de la población.

La indicación N° 42, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, incorpora un inciso final nuevo, del siguiente tenor:

“Asimismo, considerará apoyos para la satisfacción de necesidades habitacionales de personas con discapacidad psíquica e intelectual en el marco de la articulación intersectorial del Estado para la desinstitucionalización, prevención de la institucionalización e inclusión social.”.

La **Ministra de Salud** precisó que en el artículo que se propone ya está considerado lo señalado por el Honorable Senador señor Flores y el tema de la desinstitucionalización, está incorporado en artículos que están más adelante.

El **Honorable Senador señor Gahona** consideró que la indicación tiene buenas intenciones, pero requiere del patrocinio del Ejecutivo toda vez que implica gasto fiscal.

La **señora Ministra de Salud** insistió que la necesidad establecida en esta indicación fue recogida por el Ejecutivo, específicamente en la indicación N° 68.

- La indicación N° 42, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, porque es materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

Párrafo 6° Del sector de desarrollo y protección social

ARTÍCULO 17

El artículo 17, aprobado en general, es del siguiente tenor:

“Artículo 17.- Salud mental en las políticas de desarrollo y protección social. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia promoverá que el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas de su sector velen por el resguardo de la salud mental de la población, con especial énfasis en los grupos de especial protección.

A través de la Subsecretaría de la Niñez, en su calidad de ente rector del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, velará por la realización de acciones de promoción y protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental, procurando una actuación organizada y coordinada por parte de los organismos del Estado responsables de la provisión de prestaciones y servicios para prevenir los riegos para la salud mental y atender de manera priorizada a esta población, conforme con lo dispuesto en el artículo 16 de la ley N°21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia.”.

A este artículo se formularon las indicaciones N°s 43, 44 y 44.A.

La indicación N° 43, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, sustituye en el inciso primero, la frase “de la población, con especial énfasis en los grupos de especial protección” por “de toda la población”.

El **Honorable Senador señor Gahona** sostuvo que hay una propuesta que propone reemplazar “toda la población” por “personas o grupos vulnerables”, como la definición señalada en la ley N° 20.530.

La **Subsecretaria de Salud Pública** recalcó la importancia de mantener el énfasis, que se justifica por el objetivo de promover la salud mental de la población y para que todas las personas tengan goce efectivo de sus derechos, hay que reconocer las diferencias que esas personas tienen.

Para atender a la preocupación del Senador Gahona, sugirió observar que en el artículo 17 está explicito el espíritu general y, con posterioridad, se enfatizan los grupos de especial protección, complementando lo señalado precedentemente.

Precisó que el inciso que se propone, se incorpora en la ley N° 21.430, que, si bien no se refiere en términos idénticos, señala que uno de los sujetos de atención del Ministerio de Desarrollo Social y Familia son los grupos de especial protección o de protección reforzada, que es a lo que se refiere la última parte del artículo.

El **Honorable Senador señor Flores** indicó que la nueva propuesta, que someterá a votación, es la siguiente: sustituir en el inciso primero, la frase “de la población, con especial énfasis en los grupos de especial protección” por “de toda la población, con especial énfasis en las personas o grupos vulnerables”.

- Puesta en votación la indicación N° 43, resultó aprobada con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 44, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, sustituye el punto aparte del inciso primero del artículo 17 por una coma (,), y a continuación, agrega la siguiente frase: “programas de desinstitucionalización e inclusión social de personas con discapacidad mental.”.

El **Honorable Senador señor Flores** sugirió agregar al inicio de la propuesta, la frase “así como los”, para que la redacción sea coherente.

La **señora Ministra de Salud** señaló que una redacción similar está incorporada en un artículo posterior.

El **Honorable Senador señor Gahona** consideró que el Ejecutivo tiene una alternativa que está explicitada en la indicación 44.A, que estimó está mejor resuelta.

- La indicación N° 44, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, porque es materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La indicación 44.A, de S.E. el Presidente de la República, modifica el inciso primero del artículo 17 que ha pasado a ser 18 en el siguiente sentido:

a) Intercálase, entre las expresiones “salud mental de” y “la población”, la palabra “toda”.

b) Reemplázase la expresión “de especial protección” por la palabra “vulnerables”.

c) Agrégase, después del punto aparte que pasa a ser seguido, el siguiente párrafo: “Asimismo, en el marco de la coordinación entre organismos de la Administración del Estado, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia participará en el ámbito de su competencia para promover la inclusión social y laboral de personas con discapacidad psíquica o intelectual, con especial énfasis en los grupos vulnerables.”.

El **Honorable Senador señor Gahona** consideró adecuada la propuesta porque en general, el Ejecutivo recoge la nomenclatura que emplea el Ministerio de Desarrollo Social y Familia para referirse a los grupos vulnerables.

- Puesta en votación la indicación N° 44.A, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y Kuschel.

ARTÍCULO 18

El artículo 18, hace referencia al rol del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. Señala que dicho servicio velará que sus programas, especialmente aquellos que pertenecen a la línea de acción de cuidados alternativos, promuevan la protección de los determinantes de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes que son sujetos de atención de dicho Servicio.

De conformidad con lo establecido en la ley N° 21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia y en la ley N° 21.302, que Crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y Modifica las Normas Legales que Indica, dicho Servicio, en conjunto con el Ministerio de Salud, desarrollarán las acciones necesarias para el acceso priorizado a los cuidados de salud mental de niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo la protección del Estado**,** incluyendo la promoción de medidas afirmativas. Además, desarrollarán lineamientos y mecanismos de gestión para la prevención y abordaje de episodios agudos de salud mental en los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en los programas de la línea de acción de cuidados alternativos.

La indicación N° 45, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, suprime la expresión del inciso segundo “, incluyendo la promoción de medidas afirmativas”.

El **Honorable Senador señor Gahona** explicó que plantearon suprimir la mención expresa sobre la promoción de medidas afirmativas por el Servicio de Mejor Niñez, especialmente porque la evidencia científica ha demostrado que los resultados no han sido positivos en cuanto a la incorporación de estas medidas.

A su vez, indicó que se tuvo en consideración el informe de la Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados sobre este tipo de tratamiento en menores de edad, respecto a las terapias de conversión.

Consideró que es un error incorporar en la ley la promoción de medidas afirmativas, ya que no hay ninguna demostración científica de que sean correctas.

La **Subsecretaria de Salud Pública** estimó que hay una confusión de conceptos. Aclaró que en este contexto las medidas afirmativas no tienen relación con la identidad de género, solo se refieren a medidas específicas que pueden requerir grupos de especial protección.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** entiende que una acción afirmativa, se refiere a las políticas de acción positiva, es mucho más general.

- Puesta en votación la indicación N° 45, resultó rechazada por la mayoría de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores y señora Órdenes. Votó a favor, el Honorable Senador señor Gahona.

Párrafo 7° Del sector justicia

ARTÍCULO 19

El artículo 19, aprobado en general por la Comisión, es del siguiente tenor:

“Artículo 19.- Acceso a la justicia y salud mental. El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos fomentará políticas públicas para el acceso a la justicia de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

Del mismo modo y con el objeto de resguardar el ejercicio de los derechos de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, especialmente su derecho de acceso a la justicia, los tribunales deberán propender a la realización de las siguientes acciones en la tramitación de los procesos judiciales en los que intervengan:

a. Velar por el respeto al principio de igualdad y no discriminación arbitraria.

b. Velar por el respeto a su dignidad inherente, autonomía individual, libertad para tomar las propias decisiones e independencia.

c. Garantizar su participación plena y efectiva.

El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, través de sus servicios dependientes y relacionados y dentro del ámbito de sus competencias, promoverá la salud mental de la población penal privada de libertad.”.

La indicación N° 46, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, agrega, en el inciso segundo del artículo 19, una letra d. nueva:

“d. Velar porque toda hospitalización psiquiátrica de carácter judicial, de familia o penal, cuente con una opinión médica que la justifique y no se prolongue indebidamente una vez satisfechas las condiciones que la hicieron necesaria.”.

El **Honorable Senador señor Castro González** explicó que la indicación tiene por objeto evitar que las órdenes judiciales de internación en hospitales generales, que carecen de un peritaje psiquiátrico o evaluación del experto, tengan una justificación médica.

El **Honorable Senador señor Flores** propuso que en la redacción se elimine la referencia a los tribunales penales y de familia, porque se entienden incorporados con la expresión “de carácter judicial”.

- Puesta en votación la indicación N° 46, resultó aprobada con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona, y señora Órdenes.

La indicación N° 47, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, suprime la expresión “penal”, del inciso final.

El **Honorable Senador señor Gahona** explicó que no toda la privación de libertad tiene carácter penal, por ejemplo, las que están privadas de libertad en carácter preventivo. Sugirió incorporar la frase “personas privadas de libertad en recintos penales.”.

- Puesta en votación la indicación N° 47, resultó aprobada con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

Párrafo 8° De las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública

ARTÍCULO 21

El artículo 21, se refiere a la salud mental y formación de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública. Señala que el Ministerio encargado de la seguridad pública promoverá políticas públicas para la promoción y protección de la salud mental del personal de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública.

La Escuela de Carabineros, la Escuela de Suboficiales de Carabineros de Chile, la Escuela de Investigaciones Policiales y el Instituto Superior de la Policía de Investigaciones de Chile, deberán incorporar contenidos de esta ley en sus mallas de formación, con el objeto de generar las competencias necesarias para favorecer un actuar adecuado de los agentes de orden y seguridad, procurando el cuidado y resguardo de la integridad de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

El Ministerio encargado de la seguridad pública deberán aprobar las mallas de formación con los contenidos de esta ley, de los planteles de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública, con el objeto de generar las competencias necesarias para favorecer un adecuado desarrollo de sus funciones policiales, en los términos referidos en el inciso precedente.

La indicación N° 48, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, reemplaza el inciso segundo, por el siguiente:

“La Escuela de Carabineros, la Escuela de Suboficiales de Carabineros de Chile, la Escuela de Investigaciones Policiales y el Instituto Superior de la Policía de Investigaciones de Chile, deberán incorporar en sus mallas de formación contenido para generar competencias respecto a un actuar adecuado de los agentes de orden y seguridad ante personas con evidentes enfermedades o trastornos de salud mental.”.

El **Honorable Senador señor Gahona** resaltó la importancia de incorporar la frase de “personas con evidentes enfermedades o trastornos de salud mental”, toda vez que, ante procedimientos policiales, se debe identificar adecuadamente si una persona tiene problemas de ese tipo y consideró que debe existir una manifestación evidente que lo constate.

El **Honorable Senador señor Castro González** estimó redundante la indicación, porque cuando una persona tiene una enfermedad mental, hay un diagnóstico.

Por su parte, la **Subsecretaria de Salud Pública** observó que la preocupación del Senador Gahona se orienta al actuar de las fuerzas del

orden. Aclaró que este artículo no busca regular el actuar de las fuerzas de orden, solo se refiere a incluir ciertos contenidos en su formación.

La **Ministra de Salud** señaló que no se espera que el personal policial realice un diagnóstico, pero sí, que esté preparado y que se tome en consideración que existe una serie de trastornos o patologías de salud mental, que puede estar influyendo en el actuar de una persona y que se debe tener en cuenta en su formación.

A su vez, la **señora Javiera Erazo** dio tres ejemplos de competencia básicas que se pueden entrenar a actores comunitarios en salud mental, no solo a los carabineros. En primer lugar, el auxilio psicológico; en segundo lugar, un modelo de capacitación en prevención del suicidio y, por último, el desescalamiento de situaciones críticas, que es una competencia transversal, que no solo tiene efectos para personas con problemas graves de salud mental que están en crisis, sino que también sirve para contener otras situaciones críticas.

El **Honorable Senador señor Gahona** sugirió eliminar la frase “ante personas con evidentes enfermedades o trastornos de salud mental.”.

La **Subsecretaria de Salud Pública** insistió en mantener la redacción original del texto.

El **Presidente de la Comisión**, sometió a votación la admisibilidad de la indicación.

- Puesta en votación la admisibilidad de la indicación N° 48, resultó declarada inadmisible por la mayoría de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores y señora Órdenes. Votó a favor de la admisibilidad el Honorable Senador señor Gahona.

TÍTULO III DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y SU PLAN DE ACCIÓN

ARTÍCULO 22

El artículo 22, aprobado en general, es del siguiente tenor:

“Artículo 22.- Política Nacional de Salud Mental. La Política Nacional de Salud Mental, en adelante “la Política”, tendrá como objetivo propender a la creación de las condiciones que promuevan y protejan la salud mental, el bienestar de la población y la inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

La Política deberá contener un diagnóstico de la salud mental de la población. Asimismo, establecerá los objetivos generales, fines, directrices y lineamientos en materia de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, inclusión social y desarrollo de las condiciones de vida necesarias para el fomento, protección y recuperación de la salud mental, en base a los principios contenidos en la presente ley. Además, se orientará a fortalecer la gestión pública, el monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de las políticas públicas en materias de salud mental.

En lo que respecta a niños, niñas y adolescentes, se deberá tener en especial consideración lo establecido en la Política Nacional de la Niñez y Adolescencia y su respectivo Plan de Acción, regulado en el Título V de la ley N°21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia.”.

A este artículo, se presentaron las siguientes indicaciones:

La indicación N° 49, de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en el inciso primero, a continuación de la frase “y la inclusión social”, la siguiente expresión: “como laboral”.

- Puesta en votación la indicación N° 49, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 50, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, agrega un inciso final nuevo, del siguiente tenor:

“Durante la elaboración de la Política el Estado garantizará la participación de organizaciones de distintos organismos de la sociedad civil, a través de mecanismos de participación ciudadana efectiva y vinculante, conforme lo establece el título IV “De la participación ciudadana en la gestión pública” de la ley N° 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública.”.

El **Honorable Senador señor Flores** estimó que la indicación es inadmisible, no obstante, señaló la importancia de relevar la participación de las organizaciones sociales.

La **Subsecretaria de Salud Pública** se mostró de acuerdo con lo planteado y señaló que la indicación N° 51 del Ejecutivo, va en esa línea.

- La indicación N° 50, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, que es materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

ARTÍCULO 24

El artículo 24, se refiere a la aprobación, vigencia, evaluación y actualización de la Política y el Plan. Precisa que la Política y su Plan de Acción serán aprobados mediante decretos supremos expedidos por el Ministerio de Salud a propuesta del Comité Interministerial de Salud Mental.

La Política y su Plan de Acción tendrán una duración de 10 y 5 años, respectivamente.

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 7, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, en coordinación con el Comité Interministerial de Salud Mental, deberá evaluar ambos instrumentos al menos por una vez al completarse la mitad de su vigencia. Si con posterioridad a la revisión se verifica la necesidad de actualizar los instrumentos, se realizarán las modificaciones pertinentes.

A este artículo se formuló la **indicación N° 51, de S.E. el Presidente de la República**, agrega en el inciso segundo, a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido, la frase:

“De conformidad al principio de participación y diálogo social de la letra d) del artículo 3 de la presente ley, en el diseño y evaluación de la Política y el Plan de acción se deberá propiciar la participación de la ciudadanía y de las organizaciones de la sociedad civil.”.

- Puesta en votación la indicación N° 51, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

ARTÍCULO 25

El artículo 25, aprobado en general por la Comisión, es el siguiente:

“Artículo 25.- Comité Interministerial de Salud Mental. Créase el Comité Interministerial de Salud Mental, en adelante “el Comité Interministerial”, cuya función principal será elaborar y proponer al Presidente o Presidenta de la República la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción Interministerial.

El Comité Interministerial será una instancia resolutiva, de coordinación, información, orientación y acuerdo de políticas públicas en salud mental, que velará por la consistencia, coherencia y eficiencia de estas.

El Comité Interministerial estará integrado por:

a. El Ministro o Ministra de Salud, quien lo presidirá.

b. El Ministro o Ministra encargado o encargada de la seguridad pública.

c. El Ministro o Ministra de Hacienda.

d. El Ministro o Ministra de Desarrollo Social y Familia.

e. El Ministro o Ministra de Educación.

f. El Ministro o Ministra de la Mujer y Equidad de Género.

g. El Ministro o Ministra de Justicia y Derechos Humanos.

h. El Ministro o Ministra de Vivienda y Urbanismo.

i. El Ministro o Ministra del Deporte.

j. El Ministro o Ministra del Trabajo y Previsión Social.

Los Ministros o Ministras podrán ser reemplazados en las labores que les correspondan en el Comité Interministerial por los Subsecretarios o Subsecretarias, según corresponda.

Dicho Comité podrá invitar a sus sesiones a otros Ministros o Ministras de Estado, Directores o Directoras de Servicios u otras autoridades, cuando lo estime conveniente.

También podrá invitar a representantes de instituciones académicas o especialistas, organismos públicos y privados y organizaciones no gubernamentales, cuya participación o colaboración se estime conveniente para su buen funcionamiento. Los representantes del sector privado podrán aceptar voluntariamente esta invitación.

El Comité Interministerial establecerá las normas para su adecuado funcionamiento en su primera sesión.

El Comité Interministerial tendrá una Secretaría Ejecutiva, a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, cuya función será otorgar apoyo técnico para su organización y correcto funcionamiento.”.

A este artículo se presentaron las indicaciones N°s 52 y 53.

La indicación N° 52, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, suprime los literales b), f), g), h), e i), del inciso tercero.

El **Honorable Senador señor Gahona** precisó que esta indicación se complementa con la propuesta siguiente.

- Puesta en votación la indicación N° 52, resultó aprobada, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Chahuán, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 53, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, incorpora un inciso cuarto, nuevo, pasando el actual a ser quinto y así sucesivamente, del siguiente tenor:

"Asimismo, el Presidente del Comité Interministerial podrá citar al Ministro encargado de la seguridad pública, al Ministro de la Mujer y Equidad de Género, al Ministro de Justicia y Derechos Humanos, al Ministro de Vivienda y Urbanismo y al Ministro del Deporte.".

El **Honorable Senador señor Flores** señaló que cuando se crean instancias que requieren por ley la presencia de una cantidad importante de Ministros para sesionar, al ausentarse alguno de ellos, la sesión fracasa.

Observó que la propuesta es mantener la misma institucionalidad, ya no en rango obligatorio para todos, sino para algunos. Añadió que los demás Ministros podrán ser citados cuando se traten asuntos de su cartera.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Gahona** manifestó que la idea es establecer de manera permanente la participación de los Ministerios de Salud, Hacienda, Desarrollo Social y Familia, Educación y Trabajo y Previsión Social, que son las Carteras más vinculadas a este tema. Explicó que el objetivo es dar mayor flexibilidad y operatividad al Comité Interministerial.

La **Subsecretaria de Salud Pública** manifestó estar de acuerdo con la propuesta. Pero sugirió una redacción distinta, cambiando el verbo en la indicación N° 53, reemplazando "podrá citar" por "deberá citar", cuando se traten materias relacionadas con la cartera del Ministerio respectivo.

El **Honorable Senador señor Flores** precisó que se acogerá la propuesta, entendiendo que el Ejecutivo la debe formalizar.

A su vez, sugirió, reemplazar el punto final por una coma, e incorporar lo siguiente "cuando se traten materias relativas a la cartera ministerial respectiva.".

En la siguiente sesión, El **Honorable Senador señor Flores** recordó que ciertas indicaciones parlamentarias quedaron pendientes y se acordó con la Subsecretaría de Salud Pública, el compromiso para patrocinarlas.

Consultó a la señora Subsecretaria la razón de la falta de patrocinio de la indicación N° 53.

La **Subsecretaria de Salud Pública** manifestó que es efectivo que, en las sesiones previas, en vista de que en su opinión las indicaciones son inadmisibles, las revisaron para considerar presentar el patrocinio que las respalde.

Sin embargo, eso refleja un punto inicial de una conversación en la cual luego se debe coordinar con otras instituciones para presentar las indicaciones. En esas conversaciones posteriores hubo una reconsideración del Ejecutivo, comunicando que no se ingresarán nuevas indicaciones.

El **Honorable Senador señor Flores** propuso someter a votación la admisibilidad de la indicación N° 53.

La **señora Subsecretaria** explicó que la razón por la cual el Ejecutivo tuvo un cambio de opinión, es porque se hace una referencia a otros ministerios que fueron parte de la elaboración del proyecto de ley desde un inicio. Por eso, con posterioridad a la conversación sostenida en la Comisión, se hizo la iteración con esos otros actores y pareció relevante mantenerlos de manera obligatoria a todos, porque puede ocurrir que en la discusión se traten temas que son transversales, que no necesariamente estén en la tabla agendada para esa sesión, lo que expondría a que los ministerios que están relacionados con la salud mental no puedan ser partícipes de la conversación.

Esa es la razón por la cual reconsideraron la propuesta y no presentaron la indicación respectiva.

El **Honorable Senador señor Gahona** estuvo de acuerdo con votar la admisibilidad de la indicación parlamentaria y su posterior aprobación, porque la concurrencia de todos los ministerios no se dará en la práctica y el Comité no podrá funcionar.

El **Honorable Senador señor Flores** recordó que se cambia el verbo “podrá” por “deberá” y se incorpora la siguiente frase final: “cuando se traten materias relativas a la cartera ministerial respectiva.”.

- Sometida a votación la admisibilidad de la indicación N° 53, se declaró admisible, por unanimidad de los integrantes presentes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Flores y Gahona, y señora Órdenes.

- Puesta en votación la indicación N° 53, resultó aprobada, con modificaciones, con la misma votación.

TÍTULO IV DE LOS ATRIBUTOS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 26

El artículo 26, se refiere a la integración de los cuidados de salud mental. Señala que los cuidados de salud mental podrán integrarse con otras prestaciones de salud en todos los niveles de atención, considerando las características de cada territorio y sus comunidades.

A este artículo se formularon las indicaciones N°s 54, 55 y 56.

La indicación N° 54, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, sustituye el artículo 26, por el siguiente:

"Artículo 26.- Integración de los cuidados de salud mental. Los cuidados de salud mental deberán integrarse con el conjunto de prestaciones de salud en todos los niveles de atención, implementándose en cada territorio y comunidades en consideración con sus características particulares.".

- La indicación N° 54, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, que es materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La indicación N° 55, del Honorable Senador señor Chahuán, incorpora un nuevo inciso final del siguiente tenor:

"El Sistema Nacional de Servicios de Salud implementará un sistema de seguimiento continuo que garantice la continuidad de los tratamientos para pacientes con enfermedades o trastornos de salud mental, con mecanismos que incluyan la coordinación entre niveles de atención y sectores intersectoriales.".

El **Honorable Senador señor Flores** observó que la indicación presenta problemas de admisibilidad.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Chahuán** sostuvo que se trata de un tema importante, porque se genera un problema si no existe capacidad de hacer seguimiento a la política nacional de salud mental, por tanto, solicitó al Ejecutivo patrocinar esta indicación.

La **Subsecretaria de Salud Pública** observó que la indicación se refiere a un sistema de seguimiento continuo, lo que significaría gasto, ya que se debe construir ese modelo.

Sin embargo, informó que el Departamento de Salud Mental, junto a Redes Asistenciales, están trabajando en orientaciones técnicas para que la derivación y contra derivación de los distintos niveles de complejidad sean más pertinentes y realizadas de una manera que la continuidad de la atención sea mejor tratada. Añadió que son documentos que están siendo elaborados y se trata de mecanismos que persiguen el mismo fin.

- La indicación N° 55, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, que es materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La indicación N° 56, del Honorable Senador señor Chahuán, incorpora un nuevo inciso del siguiente tenor:

"El Sistema Nacional de Servicios de Salud garantizará una cobertura territorial equitativa en salud mental, con centros comunitarios y unidades móviles apoyadas por tecnología de telemedicina en zonas rurales.".

El **Honorable Senador señor Chahuán** comentó que comprende que ambas indicaciones (N° 55 y 56) son inadmisibles, pero apuntan el camino que se debe seguir y solicitó al Ejecutivo que las revise e incorpore al texto.

La **Subsecretaria de Salud Pública** informó que ya existe una unidad de atención digital en tele psiquiatría, con aproximadamente 50 horas mensuales y con unidades móviles.

- La indicación N° 56, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, que es materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

ARTÍCULO 27

El artículo 27, aprobado en general por la Comisión, es del siguiente tenor:

"Artículo 27.- Atributos de los Servicios Asistenciales de Salud Mental dentro del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El Sistema Nacional de Servicios de Salud dispondrá de un conjunto de prestaciones para las necesidades de cuidado de la salud mental de la población a su cargo, considerando las distintas etapas del curso de vida de las personas.

Los establecimientos de salud, según su nivel de complejidad de atención, deberán contar con los siguientes atributos:

a. Los establecimientos de atención primaria desarrollarán acciones y programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental, en el marco de la atención integral de salud, que

puede darse en el contexto de la atención individual, familiar, grupal o comunitaria, cautelando la continuidad de los cuidados.

b. La atención ambulatoria y domiciliaria de salud mental se entregará a través de equipos interdisciplinarios, respondiendo a criterios territoriales y poblacionales definidos por el Ministerio de Salud, procurando la continuidad de los cuidados, con especial énfasis en el abordaje de la discapacidad psíquica o intelectual y de la dependencia asociada a enfermedades o trastornos de salud mental.

c. Cada Servicio de Salud actuará coordinadamente para proveer apoyo de salud mental a las personas hospitalizadas.

d. La atención de urgencias de salud mental se efectuará en servicios de urgencia de la atención primaria y de hospitales. Dicho personal clínico accederá a formación y capacitación periódica en materia de salud mental.

e. La hospitalización psiquiátrica podrá ser provista en hospitales de baja, mediana y alta complejidad, conforme a la cartera de servicios aprobada para el establecimiento y según los requisitos y condiciones de la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención en Salud Mental.

El Ministerio de Salud dictará las Normas Técnicas necesarias para regular lo señalado en los literales precedentes.”.

A este artículo, se presentaron las siguientes indicaciones:

La **indicación N° 56.A, de S.E. el Presidente de la República**, agrega en el inciso primero del artículo 27 que ha pasado ser 28, después del punto seguido que pasa a ser coma, la siguiente frase:

“promoviendo la continuidad de los cuidados, con mecanismos que incluyan la coordinación entre niveles de atención, órganos de la Administración del Estado y municipios, considerando la distribución territorial equitativa de los recursos.”.

La **señora Ministra de Salud** explicó que intenta recoger la preocupación de los parlamentarios planteada en las indicaciones que se declararon inadmisibles, pero de una forma más genérica, que es como está trabajando a través de las enfermedades que están en el GES, por ejemplo, que tienen una garantía de continuidad o en las que no están incorporadas en el GES, en las que se ha trabajado incluso en la interoperabilidad de los sistemas de salud, de manera de que exista una garantía para que las personas no queden abandonadas en la trayectoria dentro del sistema de salud.

Eso involucra los sistemas de referencia entre los distintos niveles de atención y de contrarreferencia, que muchas veces son los más deficitarios.

En la contrarreferencia quedan los pacientes capturados en un nivel que no es el más adecuado para integrar todos los servicios que requieren. Recordó que tienen un modelo que está fortaleciendo la solución más cercana al lugar donde las personas residen, lo cual también garantiza tener una mayor equidad territorial en la distribución de los recursos.

El **Honorable Senador señor Flores** señaló que es una inquietud de la Comisión asegurar la continuidad de los cuidados y la distribución territorial equitativa, junto a la coordinación con toda la Administración del Estado, incluyendo a los municipios, que proponían una serie de indicaciones. Estimó que la propuesta por el Ejecutivo recoge de buena manera esas ideas y procedió a someterla a votación.

- Puesta en votación la indicación N° 56.A, resultó aprobada, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y Kuschel.

La indicación N° 57, de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en letra a., a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido lo siguiente:

“Para el cumplimiento de este objetivo, podrán coordinarse con los respectivos municipios para efectos de identificar e intervenir a aquellas personas que por cualquier motivo no se encuentren insertos dentro de la red de atención primaria de Salud.”.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** explicó que el objetivo de la indicación es visibilizar que existen personas en situación de calle, que, por lo general, se encuentran fuera de las prestaciones de la atención primaria de salud y no están insertas en la red.

Agregó que tiene como fin potenciar los convenios con los actores locales, como las municipalidades, lo que debe quedar establecido en la ley.

La **Subsecretaria de Salud Pública** señaló que incorporar a personas que por distintos motivos no se encuentren insertos dentro de la red de atención primaria de salud (APS), tiene diferentes razones. Explicó que las personas en situación de calle serían Fonasa A y, respecto de ellas, los municipios hacen un trabajo de rescate. Las personas que están en Isapres, en esos territorios, no son beneficiarios de la atención primaria, a menos que estén en las comunas pioneras de la atención primaria universal.

Manifestó que, si esa es la hipótesis por la cual determinadas personas no están accediendo a la APS, incorporarlas, comprometería muchos recursos, porque estaría suponiendo que todas las comunas del país, tendrían que ser al menos, para efectos de salud mental, comunas APS universal.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** señaló que la coordinación no implica mayor gasto fiscal.

A su vez, el **Honorable Senador señor Gahona** observó que dice “podrán coordinarse”, por lo que consideró que la indicación es admisible.

La **Subsecretaria de Salud Pública** precisó que desde el punto de vista de la coordinación para identificar a un potencial usuario beneficiario de FONASA, hay un espacio donde se puede incorporar de alguna forma, ya que son trabajos de rescate que se hacen. Sugirió agregar en letra a., a continuación del punto aparte, que pasa a ser seguido lo siguiente:

“Para el cumplimiento de este objetivo, podrán coordinarse con los respectivos municipios, a fin de identificar a aquellas personas beneficiarias de FONASA que, por cualquier motivo, no se encuentren insertas en la red de atención primaria de salud.”.

- Puesta en votación la indicación N° 57, resultó aprobada con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 58, de la Honorable Senadora señora Órdenes, sustituye la letra d., por la siguiente:

“d. La atención de urgencias de salud mental se efectuará en servicios de urgencia de la atención primaria y de hospitales, por un profesional afín, sea médico psiquiatra y/o psicólogo, sin perjuicio del personal clínico de apoyo, el que accederá a formación y capacitación periódica en materia de salud mental.”.

El **Honorable Senador señor Flores** observó que el proyecto de ley habla de personal clínico y la indicación propuesta señala que debe ser un psiquiatra o psicólogo.

El **Honorable Senador señor Gahona** manifestó dudas sobre la admisibilidad, porque implica formar especialistas. Hizo presente, además, que son escasos en diversas regiones.

Por su parte, la **Honorable Senadora señora Órdenes** destacó la importancia de elevar los estándares de la atención de urgencia en los casos de salud mental.

La **Subsecretaria** señaló que efectivamente la indicación implica gasto fiscal y no se tiene la capacidad de recurso humano formado para que existan especialistas en todas las urgencias para atender casos de salud mental.

Sin perjuicio de lo señalado, informó que el Ministerio de Salud está trabajando en la instalación de duplas psicosociales para atender emergencias de salud mental, siguiendo la estrategia internacional de la OMS, que busca capacitar a todo el personal de salud en materia de salud mental, de manera que no sea necesario depender de los especialistas para entregar los primeros auxilios psicológicos.

A su vez, la **señora Javiera Erazo** explicó que el objeto del literal d., que trata de la atención de urgencia en salud mental, que se efectuará en servicios de urgencia en la atención primaria de hospitales, es justamente evitar el estigma.

Afirmó que muchas veces las razones por las cuales no se da atención a problemas de salud mental en ese tipo de servicios, es por desconocimiento y estigmatización. Aclaró que el artículo señala que ese tipo de negativas no es correcto, y que las personas que llegan con una presentación clínica, deben ser tratadas en igualdad de condiciones que otra afectación de salud.

- La indicación N° 58, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, que es materia de iniciativa exclusiva del presidente de la República.

La indicación N° 59, de la Honorable Senadora señora Órdenes, agrega en la letra e., a continuación de la expresión “La hospitalización psiquiátrica”, la siguiente expresión: “voluntaria como involuntaria”.

- La indicación N° 59, fue retirada por su autora.

La indicación N° 60, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, modifica el artículo 27, en el siguiente sentido:

a) Sustitúyase la letra b, por la siguiente:

“b. La atención ambulatoria y domiciliaria de salud mental especializada se entregará a través de equipos interdisciplinarios, de preferencia en centros de salud mental comunitaria, respondiendo a criterios territoriales y poblacionales definidos por el Ministerio de Salud, procurando la continuidad de los cuidados, con especial énfasis en el abordaje de los trastornos psiquiátricos, la discapacidad y la dependencia asociada a enfermedades o trastornos de salud mental.”.

b) Intercálese, en la letra d, entre la frase “se efectuará en” y “servicios” la frase “todos los”.

c) Sustitúyase el inciso primero de la letra e. por el siguiente:

“e. La hospitalización por causa psiquiátrica deberá ser provista en hospitales generales de baja, mediana y alta complejidad, incluso en aquellos territorios donde exista un hospital psiquiátrico, conforme a la cartera de servicios aprobada para el establecimiento y según los requisitos y condiciones de la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención en Salud Mental.”.

El **Honorable Senador señor Flores** comentó, respecto a la letra a., que da énfasis a los centros de salud mental comunitaria y que lo demás es igual a la redacción contenida en el texto aprobado en general.

Se sugiere reemplazar, en la letra b., que se propone, la preposición “en” por “por”, a continuación de la frase “de preferencia”.

- Puesta en votación la indicación N° 60, letra a), resultó aprobada con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, Gahona y señora Órdenes.

Respecto a la letra b), la **Subsecretaria de Salud** observo que la indicación explicita que toda persona que acuda a una urgencia por una crisis de salud mental, tiene que ser correctamente atendida, porque la atención de urgencia no se vincula necesariamente a algún especialista en particular. Por tanto, la interpretación del Ministerio es que no implica gasto adicional.

- Puesta en votación la indicación N° 60, letra b), resultó aprobada, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Chahuán, Flores, Gahona y señora Órdenes.

- La indicación N° 60, letra c), fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, que es materia de iniciativa exclusiva del presidente de la República.

El **Honorable Senador señor Flores** recordó que la nomenclatura de hospitales de baja, mediana y alta complejidad, se debe modificar por el concepto adoptado por el Ministerio de Salud, que es primer, segundo y tercer nivel.

La indicación N° 61, del Honorable Senador señor Chahuán, incorpora un literal f), nuevo, del siguiente tenor:

“f) Desarrollar protocolos específicos y asignar recursos suficientes a la atención primaria para mejorar su capacidad de respuesta frente a trastornos mentales, con un enfoque en la detección temprana y el tratamiento inicial.”.

El **Honorable Senador señor Chahuán** sostuvo que su temor es que este proyecto se transforme en una ley meramente declarativa y el objetivo es que la atención primaria tenga una capacidad de respuesta y para ello debe contar con los recursos suficientes.

La **Subsecretaria de Salud Pública** recalcó que el objetivo de este proyecto no es cerrar las brechas que existen actualmente en el sector, ya que para eso está la Ley de Presupuestos.

Por otra parte, destacó que existen, al menos, dos contenidos específicos de la ley que se refieren a recursos: el primero, está en el principio de paridad, que implica que los recursos deben distribuirse desde el sector salud, para salud física y salud mental en términos equiparables; el segundo, incorpora de manera específica la obligación para la autoridad sanitaria, de establecer una metodología objetiva y constante de cómo medir los recursos que se destinan a salud mental, para monitorear si el principio se está cumpliendo.

Sobre los protocolos, destacó que ya existen. Mencionó que hay diferentes instrumentos normativos y orientadores para la red de salud, dentro de ellos, para salud mental y para atención primaria de salud, por tanto, la opinión del Ejecutivo es que no sería necesario declarar en una ley una actividad que ya realiza el Ministerio de Salud.

- La indicación N° 61, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, que es materia de iniciativa exclusiva del presidente de la República.

TÍTULO V NORMAS ADECUATORIAS

ARTÍCULO 28

Numeral 1)

El artículo 28, numeral 1), aprobado en general por la Comisión, es el siguiente:

“Artículo 28.- Modificaciones a la ley N° 21.331. Modifícase, la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención en Salud Mental en el siguiente sentido:

1) Agrégase, en el artículo 2, el siguiente inciso cuarto, nuevo, pasando el actual cuarto a ser quinto:

“Las enfermedades o trastornos de salud mental incluyen el consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas, así como los trastornos de origen neurológico que deriven en una discapacidad psíquica o intelectual. La atención de estas enfermedades deberá formar parte de los cuidados de salud mental.”.

La indicación N° 62, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, modifica el numeral 1), en la siguiente forma:

a.- Remplácese la frase “que deriven en una discapacidad psíquica o intelectual” por “que deriven de un trastorno de salud mental”.

b.- Remplácese el punto final por una coma (,) y agregase a continuación la frase “cuando corresponda.”.

El **Honorable Senador señor Flores** observó que en la letra a.- se señala que el trastorno de salud mental es lo que origina los trastornos de origen neurológico.

La **señora Javiera Erazo** precisó que este artículo determina el alcance de la ley N° 21.331. Añadió que, en los sistemas de clasificación internacional, enfermedades como los trastornos por uso de sustancias o las demencias, ya están consideradas como problemas de salud mental. Lo que tiende a suceder, prosiguió, es que, en la práctica social, en lo cotidiano, se desconocen como problemas de salud mental.

Indicó que lo que busca el texto aprobado en general, es insistir en esa clasificación internacional, porque a las personas no siempre les reconocen que ese tipo de problemas son de salud mental.

Sostuvo que la indicación presentada, se presta a confusión, porque casi todos los problemas de salud, pueden terminar teniendo consecuencias para la salud mental, pero lo que quiere recalcar el texto aprobado en general, es el reconocimiento de trastornos neurológicos, que deriven en una discapacidad psíquica e intelectual, como las demencias.

Aclaró que hay trastornos neurológicos que no lo hacen, por ejemplo, muchos del accidente cerebrovascular, no derivan en una discapacidad psíquica e intelectual. La precisión del numeral 1), letra a., tiene por objeto determinar quienes detentan los derechos establecidos en la ley.

- Sometida a sufragio, votaron por rechazar la indicación los Honorables Senadores señor Flores, y señora Órdenes. El Senador Chahuán votó a favor y el Senador Gahona, se abstuvo. Como la abstención incide en el resultado se procedió a repetir la votación.

- En segunda votación la indicación N° 62, resultó rechazada por la mayoría de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y señora Órdenes. Votó a favor, el Honorable Senador señor Chahuán.

Numeral 2)

El numeral 2), del artículo 28, es el siguiente:

“2) Modifícase, el artículo 4, de la siguiente forma:

a) Reemplázase, en el inciso cuarto, la frase “afecciones futuras y graves a su capacidad mental, que impidan manifestar consentimiento” por "que afecciones futuras limiten el ejercicio de sus derechos, especialmente cuando se refiera a la manifestación de su voluntad y preferencias en salud mental”.

b) Agrégase, a continuación del inciso sexto, el siguiente inciso séptimo, nuevo:

“El solo hecho de presentar una enfermedad o trastorno de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual, no será razón suficiente para negar la manifestación de su voluntad en el ámbito de la salud mental o, en su caso, cuestionar las decisiones que las personas adopten de conformidad a lo establecido en este artículo y el artículo siguiente.”.”.

La indicación N° 63, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, suprime el literal a), del numeral 2.

La **señora Javiera Erazo** explicó que el uso de declaraciones de voluntad anticipada, es una práctica habitual en el estándar internacional, reconociendo que las afecciones de salud mental tienden a tener una presentación episódica, incluso aquellos que tienen problemas muy graves tienen momentos de estabilidad de su cuadro clínico y momentos de crisis.

En ese ámbito de la salud se ha comprobado que la declaración de voluntad anticipada para el manejo de situaciones de crisis, es una herramienta clínica útil y razonable. Añadió que se debe reconocer que esto es parte de la naturaleza de los problemas de salud mental, que exponen a las personas a situaciones de graves vulneraciones de derechos, porque en los momentos críticos se pueden perder ciertas capacidades de autodefensa.

En ese contexto, explicó que las declaraciones de voluntad anticipadas tienen un uso razonable para resguardar ambas cosas: que se respete la voluntad y la preferencia de las personas y, además, se atienden riesgos que son reales de esas situaciones.

El **Honorable Senador señor Gahona** manifestó que hay una diferencia importante entre impedir y limitar. Criticó que lo que hace el proyecto de ley es bajar el estándar respecto de las condiciones en las que se debe considerar la manifestación de voluntad anticipada.

A su vez, el **Honorable Senador señor Flores** observó que la diferencia está en la gravedad, porque el proyecto original, establece afecciones futuras y graves a su capacidad mental, que impidan manifestar su consentimiento. Precisó que la propuesta, señala “cuando se refieran a manifestación de su voluntad y preferencia en salud mental”.

La **Subsecretaria de Salud** sostuvo que esta indicación no incorpora algo nuevo como contenido en la normativa vigente, sino que hace una precisión dentro de la redacción. Explicó que, en los trastornos de salud mental, es distinto el diagnóstico y su gravedad, del nivel de interferencia que tiene con el ejercicio de la vida diaria de esa persona. Por tanto, añadió, una persona puede tener limitada su capacidad de manifestar su voluntad, independiente de la naturaleza del diagnóstico.

Desde ese punto de vista, indicó, una persona puede estar en una situación en que no tiene la capacidad para manifestar su voluntad, y no por eso debe tener un diagnóstico que se considere de mayor gravedad, esa es la aclaración que busca realizar el texto propuesto.

Por su parte, la **Jefa de la División jurídica del Ministerio de Salud, señora Jasmina Viera,** complementó lo dicho e indicó que el texto propuesto por el Ejecutivo actualiza el concepto “consentimiento” desde el punto de vista bioético, que da la idea de que se va a aceptar la prestación.

Agregó que el término se cambia por manifestación de voluntad, porque las personas también pueden rechazar el tratamiento y se agrega las preferencias que, en el caso de personas con algún tipo de afectación en la salud mental, a veces se considera que no tiene una manifestación de voluntad completa, sino que expresa una preferencia que se completa con la persona que está a su cargo.

El **Honorable Senador señor Flores** consideró que la voluntad previa de un paciente que tiene dificultades para manifestar su voluntad o que las podrá tener, debe ser manejada con mucho cuidado y la explicación del Ejecutivo es razonable.

- Puesta en votación la indicación N° 63, resultó rechazada por la mayoría de los integrantes, Honorables Senadores señores Castro González, Flores, y señora Órdenes. Votaron a favor, los Honorables Senadores señor Chahuán y Gahona.

La indicación N° 64, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, intercala, en la letra b del numeral 2), entre las frases “de la salud” y “mental”, lo siguiente: “y salud”.

El **Honorable Senador señor Castro González** informó que se trata de una mejora, un complemento para dejar más explícito que el diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental con o sin discapacidad, no anula por si solo la capacidad de decidir sobre la propia salud y así evitar prácticas discriminatorias o invalidar la voluntad de una persona por su condición de salud mental.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Gahona** indicó que se pide que manifieste la voluntad anticipada a una persona que tiene trastornos de salud mental. Al respecto, señaló que tiene la duda de si esa manifestación de voluntad se realiza en pleno ejercicio de sus facultades.

La **Subsecretaria de Salud Pública** manifestó que es una buena pregunta y merece una conversación de fondo y acompañó una minuta con más elementos formales, para facilitar la discusión en el trámite reglamentario correspondiente.

- Puesta en votación la indicación N° 64, resultó aprobada por la mayoría de los integrantes, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Flores y señora Órdenes. El Honorable Senador señor Gahona, se abstuvo.

Numeral 7)

El numeral 7) del artículo 28, es del siguiente tenor:

“7) Agrégase, a continuación del artículo 13, el siguiente artículo 13 bis, nuevo:

“Artículo 13 bis.- La hospitalización involuntaria judicial, que es decretada por un tribunal de familia como medida de protección, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 71 de la ley N° 19.968, que crea los tribunales de familia, deberá estar fundada en una evaluación realizada por un equipo clínico que evalúe al niño, niña o adolescente. Dicha medida deberá ser revisada por el Tribunal de Familia, de conformidad con lo establecido en los artículos 16, 76 y 80 de la ley N° 19.968, que crea los Tribunales de Familia y el artículo 11 de la ley N° 21.430, sobre Garantías y Protección Integral de los derechos de la Niñez y Adolescencia, procurando que no sea utilizada para fines de institucionalización psiquiátrica.

En el caso de la hospitalización decretada en el marco del artículo 92 N° 8[3] de la ley N°19.968, que crea los Tribunales de Familia, el Tribunal deberá procurar que la medida se encuentre fundada en una necesidad clínica, de acuerdo con lo establecido en los artículos 11 y 12 de la presente ley.

La hospitalización involuntaria judicial, que es ordenada como internación por un tribunal con competencia en lo penal, estará sujeta a lo dispuesto en los párrafos 1°, 2° y 3° del Título VII y en el párrafo 4° del Título VIII, todos del libro cuarto, del Código Procesal Penal.

Con el objeto de resguardar la seguridad de la población y la vigilancia de las personas cuya internación haya sido decretada por un tribunal con competencia en lo penal, se podrán crear o habilitar establecimientos, unidades o dispositivos específicos para aquellas personas.”.”.

La indicación N° 65, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, reemplaza, en el inciso tercero del artículo 13 bis, su punto final por una coma (,), y a continuación incorpora la siguiente frase:

“considerando la opinión médica que certifique los requisitos clínicos y de riesgo dispuestos en los párrafos recién mencionados.”.

El **Honorable Senador señor Castro González** explicó que solo busca, en el caso de la hospitalización judicial, que exista la compatibilidad como fundamento médico o sanitario. Afirmó que, en muchas ocasiones, llega una orden judicial de internación y no se sabe la razón médica de la internación de esa persona.

A su vez, el **Honorable Senador señor Gahona** solicitó se aclare si la indicación implica que los tribunales, antes de definir lo jurisdiccional, deban tener un peritaje médico o forense respecto de su decisión judicial.

El **Honorable Senador señor Castro González** informó que normalmente eso es así. Precisó que la indicación busca reforzar la consideración médica, que no siempre se refleja en la orden judicial.

La **abogada asesora del Honorable Senador señor Flores, señora Carolina Allende**, comentó que, al discutirlo en la mesa técnica, se tomó en cuenta el correlato de la indicación con el Código Procesal Penal, a propósito del imputado enajenado mental, que exige un certificado médico, de

---

[3] *Artículo 92.- Medidas cautelares en protección de la víctima. El juez de familia deberá dar protección a la víctima y al grupo familiar. Cautelará, además, su subsistencia económica e integridad patrimonial. Para tal efecto, en el ejercicio de su potestad cautelar y sin perjuicio de otras medidas que estime pertinentes, podrá adoptar una o más de las siguientes: (…)*

N°8. Establecer medidas de protección para adultos mayores o personas afectadas por alguna incapacidad o discapacidad.

lo contrario, se suspende el proceso hasta que se extienda el citado documento.

Por tanto, se estimó pertinente que, cuando hay una hospitalización judicial involuntaria, se considere el certificado médico.

- Puesta en votación la indicación N° 65, resultó aprobada por la unanimidad de los Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona, Flores y señora Órdenes.

Numeral 11)

El numeral 11), modifica el artículo 26 de la ley N° 21.331, de la siguiente forma:

a) Reemplázase, en el inciso primero, la expresión “nuevos establecimientos” por “hospitales”.

b) Suprímase, en el inciso primero, la conjunción “o”.

c) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

“El Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia elaborarán un Plan de Desinstitucionalización que establecerá las estrategias y acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en los literales f) y g) y del artículo 4 de la ley integral de salud mental y lo señalado en el inciso primero de este artículo. El reglamento al que alude el artículo 27 de esta ley establecerá los procedimientos para llevar a cabo el cierre o transformación de los hospitales psiquiátricos asilares de atención segregada existentes, cuando proceda.”.

A este artículo se presentaron las indicaciones N°s 66, 67 y 68.

La indicación N° 66, de la Honorable Senadora señora Órdenes, y **67, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona**, agregan en la letra c), a continuación de la frase “Ministerio de Desarrollo Social y Familia elaborarán”, la siguiente expresión:

“, con participación de las organizaciones de la sociedad civil que agrupen a personas con enfermedades o trastornos de salud mental y/o sus familias”.

La **Honorable Senadora señora Órdenes** indicó que el objetivo es hacer parte a las organizaciones de familiares de pacientes dentro del proceso de desinstitucionalización.

Enseguida, la **Subsecretaria de Salud Pública** sostuvo que la participación ya es un principio general de la ley y que, además, el Ejecutivo presentó una indicación que profundiza y fortalece el rol de la participación ciudadana en la formulación de las políticas y programas de salud mental. Desde ese punto de vista, consideró redundante la indicación en estudio.

- Puesta en votación las indicaciones N°S 66 y 67, resultaron aprobadas por la unanimidad de los integrantes de la Comisión, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Flores, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 68, de S.E. el Presidente de la República, modifica el inciso segundo incorporado por el literal c), en el siguiente sentido:

"i. Reemplázase, la frase "f) y g)" por "e) y f)".

ii. Intercálase, a continuación de la frase "de este artículo.", la oración "En virtud de lo señalado en los artículos 11 y 12 de la presente ley y en los artículos 5 y 6 de la ley integral de Salud Mental, el Plan de Desinstitucionalización abordará la situación de aquellas personas que viven en servicios de carácter asilar de atención segregada, incorporando estrategias que reflejen la gradiente de intensidad de cuidados y apoyos en salud que requieran.".".

La **señora Javiera Erazo** explicó que se trata de un esfuerzo por armonizar los contenidos presentes en la ley N° 21.331, con el proyecto de ley en discusión y sus nuevos contenidos. Precisó que vincula el plan de desinstitucionalización con lo señalado en los artículos 11 y 12 de la ley N° 21.331, que son los primeros dos artículos que determinan lo que es una hospitalización psiquiátrica. Aclaró que la idea es separar de manera clara el lugar donde se vive con apoyos, de una hospitalización.

Lo anterior, en virtud de los principios de la ley N° 21.331, como de los artículos 5 y 6 de la ley integral, que se orientan a apoyar la vida independiente, la progresividad en los apoyos y los cuidados para las personas con discapacidad psíquica e intelectual. Asimismo, comentó que hubo un error en la formulación original, que aludía a las letras f) y g), siendo que se debía referir a las letras e) y f), lo que se corrige en esta indicación.

- Puesta en votación la indicación N° 68, resultó aprobada por unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Chahuán, Flores, Gahona y señora Órdenes.

ARTÍCULO 29

Numeral 3)

El artículo 29, realiza modificaciones al Código Sanitario, a través de 4 numerales.

El numeral 3), reemplaza el artículo 131° por el siguiente:

“Artículo 131°.- Las enfermedades o trastornos de salud mental incluyen el consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas, así como los trastornos de origen neurológico que deriven en una discapacidad psíquica o intelectual.”.

La indicación N° 69, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, sustituye el numeral 3), por el siguiente:

“3) Reemplázase el artículo 131° por el siguiente:

“Artículo 131°.- Las enfermedades o trastornos de salud mental incluyen el consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas, así como los trastornos mentales que se originen en enfermedades de origen neurológico.”.”.

La **Subsecretaria de Salud Pública** consideró que se debe ajustar a lo previamente discutido, a propósito de la indicación N° 62.

- Puesta en votación la indicación N° 69, resultó rechazada por la unanimidad de los integrantes, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Flores, Gahona y señora Órdenes.

ARTÍCULO 30

Numeral 1)

El artículo 30, aprobado en general, realiza modificaciones a la ley N° 20.584, que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud, a través de 4 numerales.

El numeral 1) agrega, a continuación del literal c) del inciso segundo del artículo 5°, el siguiente literal d), nuevo:

“d) Respetar la identidad de género y orientación sexual de las personas, prohibiéndose las terapias de conversión, entendiendo por tales las prácticas, conductas o comentarios reiterados en el marco de la atención de salud, que tenga por finalidad modificar o reprimir la orientación sexual o la identidad de género de una persona.”.

La indicación N° 70, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, sustituye el literal d) del numeral 1, que se incorpora por el siguiente:

"d) Ofrecer terapias que estén basadas en evidencia y respaldadas científicamente.".

La **señora Carolina Allende** explicó que el artículo 5° de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, señala que, en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. A continuación, señala diversos literales, que contienen los deberes de los prestadores en relación a las atenciones de salud de las personas.

Agregó que, en el proyecto de ley, el Ejecutivo incorpora un nuevo literal d), que indica que se debe respetar la identidad de género y orientación sexual de las personas, prohibiéndose las terapias de conversión, que tenga por finalidad modificar o reprimir la orientación sexual o la identidad de género de una persona. Indicó que la indicación 70, propone sustituir el literal d) propuesto por el Ejecutivo, por otro que ofrece terapias que estén basadas en evidencia y respaldadas científicamente.

El **Honorable Senador señor Gahona** manifestó que las terapias de conversión pueden ser en un sentido u otro y el Ejecutivo a través del literal que incorpora, prohíbe toda terapia de conversión.

Explicó que la indicación de su autoría plantea que no puede prohibirse la terapia y propone que las terapias de conversión que sean ofrecidas, estén basadas en evidencia científica.

La **Subsecretaria de Salud Pública**, mencionó que la ley N° 21.331, ya contempla el derecho de las personas a recibir terapias basadas en la evidencia.

Explicó que las terapias de conversión o reparatorias, son términos genéricos para un conjunto de prácticas que tienen en común compartir la creencia errónea de que la identidad de género u orientación sexual de una persona puede y debe cambiarse, por tanto, son impositivas en el sentido de modificar la orientación o identidad sexual de una persona en caso que la identidad sea diversa.

Informó que existe consenso internacional absoluto, tanto la OMS, OPS y la Asociación Americana de Psiquiatría, que han declarado que la orientación sexual y la identidad de género diverso no son trastornos y, por lo tanto, no requieren ni justifican ningún tratamiento.

Añadió que es importante explicitar la prohibición en la ley, de lo contrario, no queda de manera manifiesta que se trata de una práctica que atenta contra la dignidad de las personas y puede hacer daño a su salud mental.

El **Honorable Senador señor Gahona** consideró que no se puede prohibir el ofrecimiento de terapias que se basen en la evidencia y estén respaldadas científicamente, se puede tratar de terapias de afirmación, de conversión u otras. Recalcó que es bastante más amplia la redacción y es consistente con el respeto a la autonomía del paciente, en lugar de prohibir por ley algo que en la ciencia está permanentemente avanzando, que consideró un tema ideológico y discrecional.

Por su parte, el **Honorable Senador señor Castro González** señaló que es adecuada la clarificación de conceptos que realizó el Ejecutivo. Añadió que la terapia de conversión es la terapia considerada en la antigüedad y hasta el año 1973, como una solución a la homosexualidad que era calificada como enfermedad mental.

Informó que terapia de conversión se entiende como todo aquello que busca dividir la identidad sexual de una persona. Por eso, la primera frase señala “respetar la identidad de género y orientación sexual” y a continuación se prohíbe toda terapia que busque considerar la homosexualidad como una enfermedad, cuestión que ya se dirimió hace largos años.

Consideró que lo anterior es correcto y por ello, respaldó el texto aprobado en general.

El **Honorable Senadora señora Órdenes** estimó que la indicación presentada es abiertamente discriminatoria. Destacó la importancia de mantener el texto original porque garantiza el principio de no discriminación.

El **Honorable Senador señor Flores** observó que el texto original se enfoca exclusivamente en la prohibición de las terapias de conversión, entendiéndose como las conductas, prácticas o comentarios reiterativos.

Estimó que no colisiona con la indicación propuesta por el Senador Gahona cuando habla en general de ofrecer terapias basadas en evidencia y respaldadas científicamente, lo que no limita el texto del Gobierno que busca prohibir las prácticas o comentarios reiterados de conversión. Tal vez, incorporar la indicación en un nuevo literal.

La **Superintendenta de Salud Pública** señaló que hay consenso en que la orientación sexual y la identidad de género diversa, no son un trastorno psicológico. Dado que hay un consenso, no existen terapias de conversión, porque terapia, se refiere a un tratamiento para un problema de salud.

Tiene sentido lo que señala el Senador Gahona, que no se debiera prohibir ninguna terapia, el punto es que las prácticas que esto busca prohibir no son terapias, porque no se refieren a un problema de salud, sino que son una práctica discriminatoria. Añadió que hay evidencia internacional de que esa práctica discriminatoria genera daño en las personas que están sujetas a esas prácticas, por ello debe ser explícitamente prohibido por ley.

El **Honorable Senador señor Gahona** observó que, si no son terapias, porqué el artículo que propuso el Ejecutiva las denomina como terapia.

La **Subsecretaria** informó que el artículo habla de terapias de conversión, porque son conocidas de esa manera, sin embargo, a continuación, el artículo señala a qué se refiere.

- Puesta en votación la indicación N° 70, resultó rechazada por la mayoría de los integrantes presentes de la Comisión, votaron en contra, los Honorables Senadores señores Castro González, Flores y señora Órdenes. Votó a favor, el Honorable Senador señor Gahona.

Numeral 2)

El numeral 2), del artículo 30, aprobado en general, suprime los artículos 23 y 24 de la ley N° 20.584.

La indicación N° 71, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, suprime el numeral 2).

- Puesta en votación la indicación N° 71, resultó rechazada por la mayoría de los integrantes presentes de la Comisión, votaron en contra, los Honorables Senadores señores señor Castro González y señora Órdenes. Se abstuvo, el Honorable Senador señor Gahona.

Numeral 3)

El numeral 3), del artículo 30, modifica el artículo 29 de la ley N° 20.584, en el siguiente sentido:

a) Reemplázase el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 29. Créase la Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental, en adelante “la Comisión Nacional” y las Comisiones Regionales de Protección de Derechos en Salud Mental, en adelante “las Comisiones Regionales.”.

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

“Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud establecerá las normas para el adecuado funcionamiento de la Comisión Nacional y las Comisiones Regionales.”.

La indicación N° 72, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, sustituye en el literal c) del numeral 3), la palabra “susesivamente” por la palabra “sucesivamente”.

- Puesta en votación la indicación N° 72, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Gahona y señora Órdenes.

Numeral 4)

El numeral 4), del artículo 30, aprobado en general, incorpora, a continuación del artículo 29, de la ley N° 20.584, los siguientes artículos 29 bis y 29 ter, nuevos:

“Artículo 29 bis.- La Comisión Nacional asesorará al Ministerio de Salud en todas las materias relacionadas con la salud mental y, especialmente, en las que refieren a la promoción y protección de los derechos de las personas con enfermedad o trastorno de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual.

La Comisión Nacional estará bajo la dependencia administrativa del Ministerio de Salud y estará integrada por tres miembros expertos o expertas en materias de salud mental y derechos humanos. Los comisionados o comisionadas serán elegidos mediante concurso público y durarán en sus cargos por tres años, renovables por igual período hasta por una sola vez de forma sucesiva. Los comisionados o comisionadas.

Los comisionados o comisionados percibirán por su asistencia a cada sesión de la Comisión Nacional, una remuneración de 4 Unidades Tributarias Mensuales por sesión, con un tope total máximo de 20 Unidades Tributarias Mensuales al mes.

La Comisión Nacional tendrá las siguientes funciones:

a) Asesorar al Ministerio de Salud y al Comité Interministerial de Salud Mental, establecido en el artículo 26 de la Ley Integral de Salud Mental, en la definición de las políticas de promoción y protección de la salud mental.

b) Asesorar al Ministerio de Salud en la elaboración de normas, planes y programas, en materias de salud mental; y al Comité Interministerial de Salud Mental, en la elaboración de la Política Nacional de Salud Mental y su

Plan de Acción, de conformidad a lo señalado en Título III de la Ley Integral de Salud Mental.

c) Asesorar en la producción y sistematización de la información para proponer acciones que contribuyan a la promoción y protección de los derechos de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

d) Proponer al Ministerio de Salud las directrices técnicas, normativas complementarias, y medidas específicas que pudiesen adoptar las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y prestadores de salud, públicos o privados, organismos de protección de derechos humanos y otros órganos del Estado que se consideren pertinentes para promover la aplicación de la normativa en salud mental y proteger los derechos de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

e) Coordinar y velar por el buen funcionamiento de las Comisiones Regionales.

Artículo 29 ter.- Las Comisiones Regionales se constituirán en todas las regiones del país y estarán bajo la dependencia administrativa de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

Estas Comisiones estarán integradas por un funcionario de la Secretaría Regional Ministerial de Salud que actuará como Presidente de la Comisión y por, al menos, 3 representantes de la sociedad civil de acuerdo a la realidad local de la respectiva región. Al menos uno de estos comisionados o comisionadas deberá representar a una organización de expertos o expertas por experiencia u organizaciones de usuarios de servicios de salud mental. Los miembros de la Comisión no percibirán remuneración alguna por el desempeño de sus funciones.

Serán funciones de las Comisiones Regionales:

a) Revisar los casos que sean de su competencia, según lo establecido en la ley N° 21.331.

b) Recibir los reclamos que los usuarios y cualquier otra persona en su nombre realicen sobre vulneración de derechos vinculados a la atención en salud, con el objeto de orientar a la persona sobre las acciones que se pudiesen adoptar, teniendo en especial consideración la acción judicial establecida en el artículo precedente.

c) Emitir recomendaciones a la Autoridad Sanitaria sobre los casos y situaciones sometidos a su conocimiento o revisión.

d) Recomendar a los prestadores institucionales e individuales, públicos y privados, la adopción de las medidas adecuadas para evitar, impedir

o poner término a la vulneración de los derechos de personas con enfermedades o trastornos de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual.

e) Cumplir y ejecutar las directrices técnicas emitidas por el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental.

Las Comisiones Regionales apoyarán, convocarán e integrarán a su quehacer, de forma colaborativa y autónoma, a la sociedad civil organizada relacionada con salud mental y derechos humanos. Con dichas organizaciones, se mantendrán reuniones periódicas, y se sesionará al menos una vez al mes en las distintas ciudades de la Región.

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deberán asegurar el debido funcionamiento de la Comisiones Regionales y proveerán los recursos humanos y materiales que se requieran para el cumplimiento de sus funciones.”.

La indicación N° 73, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, suprime al final del inciso segundo, del artículo 29 bis, propuesto, la oración “Los comisionados o comisionadas.”.

El **Honorable Senador señor Gahona** indicó que se trata de una modificación de forma, corrigiendo una redundancia.

- Puesta en votación la indicación N° 73, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 74, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, sustituye el inciso 3 al artículo 29 bis que incorpora el numeral 4), por el siguiente:

“Los comisionados o comisionadas serán contratados y la comisión nacional contará con un mínimo de 88 horas semanales entre sus miembros para el ejercicio de sus funciones convocará de manera regular a organismos de la sociedad civil de representación nacional, usuarios y familiares de personas con enfermedades mentales, académicos, profesionales, de la salud mental y derechos humanos.

- La indicación N° 74, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión, por implicar gasto fiscal, materia de iniciativa exclusiva del Presidente de la República.

La indicación N° 75, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, reemplaza en la letra a) del artículo 29 bis, el punto final por una coma (,), y a continuación agrega la siguiente frase:

"respeto de derechos e inclusión social de personas con enfermedad mental".

El **señor Presidente** recordó que se acordó incorporar la expresión "y laboral", a continuación de "inclusión social".

- Puesta en votación la indicación N° 75, resultó aprobada con modificaciones por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Gahona y señora Órdenes.

La indicación N° 76, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, agrega, luego del punto aparte, que pasa a ser seguido, del inciso cuarto del artículo 29 ter, la siguiente frase:

"Asimismo, para el ejercicio de sus funciones, se relacionarán regularmente con organismos de derechos humanos en el nivel regional.".

- Puesta en votación la indicación N° 76, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Gahona y señora Órdenes.

\- - -

ARTÍCULO 33, nuevo.

La indicación 76.A, de S.E. el Presidente de la República, agrega a continuación del artículo 32, el siguiente artículo 33, nuevo:

"Artículo 33.- Modificaciones a la ley N°21.063. Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley N°21.063, que crea un seguro para el acompañamiento de niños y niñas que padezcan las enfermedades que indica, y modifica el Código del Trabajo para estos efectos:

1) Modifícase el artículo 7° en el siguiente sentido:

a) Agrégase, en el inciso primero, el siguiente literal f), nuevo:

"f) Riesgo alto de suicidio.".

b) Agrégase, en el inciso segundo, a continuación del punto final que ha pasado a ser seguido, la siguiente oración:

“En el caso de la letra f), serán causantes del beneficio los niños, niñas y adolescentes, mayores de cinco años y menores de dieciocho años de edad.”.

2) Agrégase, a continuación del artículo 11 bis, el siguiente artículo 11 ter, nuevo:

“Artículo 11 ter.- Condiciones de acceso en caso de riesgo alto de suicidio. Las condiciones de acceso y acreditación en caso de riesgo alto de suicidio son las siguientes:

a) Documento o certificado extendido por el médico tratante que acredite que el niño, niña o adolescente, estuvo hospitalizado por lesiones autoinfligidas intencionalmente, atribuibles a un intento de suicidio.

b) Documento o certificado que acredite y certifique el alta médica y el egreso hospitalario del niño, o niña y adolescente.

c) Licencia médica extendida por el médico tratante.”.

3) Reemplázase, en el artículo 12, la expresión “y 11 bis”, por “, 11 bis y 11 ter”.

4) Modifícase el inciso segundo del artículo 13, en el siguiente sentido:

a) Remplázase la palabra “sexto” por “séptimo”.

b) Reemplázase la frase “la contingencia establecida en la letra e)” por “las contingencias establecidas en las letras e) y f)”.

5) Modifícase el artículo 14 en el siguiente sentido:

a) Agrégase, a continuación del inciso quinto, el siguiente inciso sexto, nuevo, pasando el actual inciso sexto a ser séptimo, y así sucesivamente:

“El permiso para cada trabajador o trabajadora por riesgo alto de suicidio tendrá una duración de hasta treinta días, en relación a cada evento que lo generó, por cada hijo o hija afectado por esta condición de salud, contados desde el inicio de la primera licencia médica, de acuerdo a las condiciones de acceso dispuestas en el artículo 11 ter.”.

b) Reemplázase, en el actual inciso octavo que ha pasado a ser noveno, la expresión “y d)” por “, d) y f)”.

6) Reemplázase, en el inciso primero del artículo 15, la expresión “y e)” por “, e) y f)”.”.

El **Honorable Senador señor Flores** recordó que se incorpora y se incorpora la letra f): riesgo alto de suicidio, al listado que contempla cáncer, trasplante de órgano sólido, en fase o estado terminal de la vida, accidente grave con riesgo de muerte o secuela funcional grave o permanente, enfermedad grave que requiere hospitalización, unidad de cuidado intensivo, tratamiento intermedio.

El **Honorable Senador señor Gahona** solicitó que el Ejecutivo explique con más detalle el efecto de la propuesta presentada, que agrega modificaciones a la ley N° 21.063, conocida como Ley Sanna, que consiste en un seguro obligatorio para otorgar licencias médicas a las personas que tienen que cuidar a hijos con enfermedades graves, incorporando el alto riesgo de suicidio.

Como se trata de un fondo, requirió saber cómo se va a financiar esta nueva incorporación.

La **señora Ministra de Salud** relató que se trata de un interés particular del Ministerio de Salud y que ha coincidido con el Ministerio del Trabajo, relacionado con todas las políticas destinadas a prevenir el suicidio y, en este caso, con el suicidio en los menores, y complementa lo que se incorporó en el decreto de las Garantías Explícitas de Salud (GES), que es la garantía de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para los niños que requieran hospitalización por intento suicida.

La propuesta colabora a que, en el acompañamiento, los padres tengan la posibilidad de tener un permiso financiado por la Ley Sanna, donde se incorporó anteriormente la enfermedad grave que requiere hospitalización en la unidad de cuidados intensivos. En el caso del suicido, dado que se está implementando a través del GES la garantía de hospitalización, era importante asegurar el cuidado de esos niños y la continuidad posterior al alta.

Señaló que el fondo se financia con las cotizaciones, que será detallado por el Subsecretario de Previsión Social y por la Subsecretaria de Salud.

El **Honorable Senador señor Kuschel** consultó por la línea que divide eutanasia y el suicidio, porque se está dificultando el acceso a los espacios para el suicidio, pero, por otro lado, se está facilitando el espacio para realizar la eutanasia.

La **señora Ministra de Salud** sostuvo que la pregunta permite aclarar que el proyecto de ley de eutanasia solo considera a los adultos y en el caso del suicidio, se hace referencia a los menores.

Para el Ministerio de Salud el suicidio es un problema de salud mental relevante y que es importante atenderlo y prevenirlo y han realizado una serie de estrategias para ello. El teléfono *4141 tiene alrededor de 7.000 llamadas mensuales, que ayuda a que las personas frente a la ideación suicida, tengan un apoyo profesional que es entregado por el Hospital Digital.

Añadió que han tenido un particular cuidado en los intentos suicidas en los menores, donde hay un aumento de la demanda en los establecimientos asistenciales. Informó que tienen sistemas de vigilancia de los intentos suicidas en las hospitalizaciones y, por cierto, de las muertes por suicidio, que les permite orientar las políticas públicas.

El objeto de esta indicación es dar una protección especial en el caso de los menores, garantizando la hospitalización cuando los profesionales que atienden a estos niños observan que se trata de una situación grave, que requiere un manejo dentro del hospital, porque la familia no siempre puede disponer de todas las medidas para cautelar a una persona que está con un intento suicida.

Sostuvo que la propuesta ayuda a facilitar que los padres que trabajan, y que tienen derecho a licencia médica, estén en el acompañamiento de estos cuadros que son muy complejos.

Por último, aclaró que el proyecto de ley de eutanasia integra cuatro iniciativas de distintos sectores, que pretenden garantizar el derecho a una muerte digna a personas que están en la etapa final de la vida con enfermedades terminales. Por tanto, se trata de dos temas de naturaleza bastante distinta.

El **Honorable Senador señor Gahona** consideró que efectivamente son dos proyectos distintos y tal vez lo que manifiesta el Senador Kuschel tiene que ver con el concepto defendido por el Ejecutivo relacionado con la autonomía de la voluntad y el contrasentido que por una parte el Estado facilita la eutanasia, con determinadas condiciones y requisitos y, por otra parte, previene el suicidio.

Pero es un debate más profundo que se seguirá dando en esta Comisión en la discusión en particular del proyecto de eutanasia.

El **Honorable Senador señor Flores** llamó a centrarse en una decisión política de ampliar el seguro de acompañamiento de personas que tienen una dolencia que merece ser acompañada y no asumirla en soledad, con las dificultades económicas que genera para el núcleo familiar.

Por su parte, la **señora Subsecretaria de Salud Pública** acompañó una presentación que explica la indicación que introduce un elemento nuevo que es importante en este proyecto de ley.

La razón por la que propusieron esta redacción cuyo objeto es proteger a todos los niños, niñas y adolescentes que estén en algún riesgo suicida, fue porque escucharon la constante preocupación de esta Comisión sobre este punto, llamando al Ejecutivo a ofrecer medidas más concretas para tener respuestas efectivas en la prevención del suicidio.

Comentó que este trabajo se hizo en conjunto con el Ministerio del Trabajo. Respecto a la propuesta señaló que tiene por finalidad incorporar una nueva cobertura al seguro de la Ley Sanna para que padres, madres o quien tenga a su cargo el cuidado personal del niño, niña o adolescente, otorgado por resolución judicial, puedan acompañarlos en los casos en que enfrentan una situación de alto riesgo de suicidio, posterior a una hospitalización por esta causa.

Explicó que, sanitariamente, el argumento central es que hay una ventana crítica cuando se instala un riesgo de suicidio, ya que existe un peligro de mortalidad mucho más alto tras un intento de suicidio en comparación con la población general.

Si una persona ya tuvo un intento de suicidio, durante la primera semana posterior a ese intento, su riesgo es 300 veces mayor al de la población general y el riesgo se mantiene 200 veces mayor durante el primer mes posterior al alta hospitalaria de una persona que estuvo hospitalizada por un riesgo suicida.

Por eso se habla de la ventana crítica, es decir, cuando una persona es hospitalizada por un riesgo suicida, cuando se le da el alta, no quiere decir que ese riesgo desaparezca, al contrario, sigue muy alto, por lo cual es importante que este periodo se pueda dar en el contexto de acompañamiento familiar.

Los egresos hospitalarios de niños, niñas y adolescentes por lesiones autoinfligidas intencionalmente el año 2024, fueron 2.586. Atendido lo anterior, la introducción de esta nueva contingencia a la Ley Sanna tendrá como efecto la promoción de la continuidad de los tratamientos, que fueron iniciados en el contexto de la hospitalización, así como también la reducción significativa de los riesgos y la posibilidad de reingresos hospitalarios.

El **Subsecretario de Previsión Social, señor Claudio Reyes,** expuso sobre el contenido de la indicación que propone incorporar una sexta contingencia en este seguro de acompañamiento de niños, niñas y adolescentes (mayores de 5 años y menores de 18 años), denominada riesgo alto de suicidio.

La contingencia presenta un alto impacto desde el punto de vista de la salud pública y se ha determinado que sean las mismas condiciones de acceso que las establecidas para las establecidas en el seguro de Ley Sanna.

Explicó que esta nueva contingencia debe considerar, por una parte, un documento o certificado extendido por el médico tratante que acredite que el niño, niña o adolescente estuvo hospitalizado por lesiones autoinfligidas intencionalmente atribuibles a un intento de suicidio.

El alta médica debe estar acreditada dado que la cobertura sería desde una determinada fecha y durante la hospitalización del niño, niña o adolescente que deberá estar acompañado y apoyado de forma permanente por los profesionales del servicio de hospitalización.

En segundo lugar, debe existir un documento que certifique el alta médica y el egreso hospitalario, porque es la etapa donde mayor apoyo se requiere tanto de los padres como de los cuidadores y es en el momento de la alta médica, donde hay un hecho que lo puede impactar física y emocionalmente, por tanto, requiere de la mayor atención y cuidado posible.

En tercer lugar, se requiere una licencia médica extendida por el médico tratante, que dice relación con la licencia de la Ley Sanna, para que el padre o la madre puedan acompañar al niño, niña o adolescente. Añadió que la duración del permiso es de 15 días y se puede por extender por una sola vez, por 15 días más.

A su vez, se establecen otras reglas que son las mismas para las demás contingencias, en relación a las personas progenitoras o cuidadores, como el uso de media jornada si procediere.

Indicó que, en atención a que se requiere realizar diversos ajustes administrativos, como la modificación del contexto de la licencia médica electrónica, la indicación propone que su entrada en vigencia sea 180 días después de la publicación de la ley en el Diario Oficial.

A su vez, la **Superintendenta (S) de Seguridad Social,** señora Patricia Soto, se refirió a los costos del Seguro Sanna y a la sustentabilidad del fondo.

En primer lugar, respecto a la estimación de costos y a la nueva contingencia sobre riesgo alto de suicidio, señaló que se utilizó la información proporcionada por el Ministerio de Salud sobre los egresos hospitalarios de niños, de niñas y adolescentes con lesiones autoinfligidas intencionalmente, cifra que alcanza a 2.586 personas.

Por otra parte, considerando los 30 días de reposo cubiertos para cada padre, madre o cuidador, indicó que la tasa de elegibilidad y el valor del subsidio diario se estima en un costo anual de $3.994 millones, asumiendo que el 100% de los potenciales beneficiarios utilizarán esta contingencia.

Respecto a los gastos del seguro, señaló que, de acuerdo a las estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social sobre ingresos y egresos del Fondo Sanna, se observa que para el año 2024, los ingresos fueron de $46.800 millones aproximadamente y los egresos fueron de $7.800 millones. Por lo tanto, queda un saldo de $39.000.

Por otra parte, sostuvo que el Fondo Sanna actualmente cuenta con $175.825.169 al mes de agosto del año 2025.

Respecto a la sustentabilidad del Fondo señaló que el artículo 41 de la ley N° 21.063, dispone que la Dirección de Presupuestos y la Superintendencia de Seguridad Social deben realizar un estudio que permita evaluar su sustentabilidad cada vez que se proponga una modificación legal, como en este caso.

Informó que ese estudio de sustentabilidad fue realizado por la DIPRES y producto de la modificación y asumiendo que las tasas de uso se incrementarán en el mediano plazo, se proyecta una menor acumulación de recursos que alcanzaría a MM$ 89.972 al año 2050. Esto es un 8,8% menos en comparación al escenario base.

Finalmente, respecto a la sustentabilidad en Fondo, señaló que las modificaciones que presenta hoy este proyecto de ley, con la creación de esta sexta contingencia, no comprometen su sustentabilidad a largo plazo.

Reiteró que de acuerdo al estudio que realizó la DIPRES existe disponibilidad presupuestaria en el Fondo Sanna para contemplar esta sexta contingencia.

El **Honorable Senador señor Gahona** manifestó que le quedó claro el tema de la sustentabilidad. Entiende que hay una cotización que se destina al Fondo Sanna, consultó por el monto y si está relacionado con el incremento de la tasa del seguro de accidentes del trabajo que permite su financiamiento.

La **Superintendenta** respondió que en abril del año 2017 se publicó la ley N° 21.010, que extiende y modifica la cotización extraordinaria para el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y crea el fondo que financiará el seguro para el acompañamiento de los niños y niñas, que estableció en el artículo 3 la cotización obligatoria del 0,03%. Esta cotización, en el caso de los trabajadores dependientes, es de cargo del empleador y en el caso de los trabajadores independientes, es de cargo de ellos.

Esa es la razón por la cual el Fondo se sigue incrementando, explicó que se trata de una cotización que se realiza en conjunto con la cotización de la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

A su vez, la **señora Subsecretaria de Salud Pública** recordó la relevancia del problema al que se quiere responder con este proyecto de ley. Al respecto, recalcó que las estadísticas demuestran que el periodo posterior a la hospitalización es de altísimo riesgo para un reintento de suicidio, por su parte, desde el punto de vista humano, no parece razonable que los padres de un menor que está en esta situación, concurran a su trabajo al día siguiente.

El **Honorable Senador señor Gahona** comentó que el seguro Sanna cubre a niños mayores de un año hasta los menores de 18, y en este caso, se plantea la cobertura a niños entre 5 y 18 años. Comprende que es difícil el intento suicida en menores de 5 años, pero requirió conocer la razón técnica para determinar ese rango etario.

La **señora Subsecretaria de Salud Pública** explicó que obedece a una definición sanitaria internacional sobre cómo se conceptualiza el suicidio, que tiene que ver con el desarrollo cognitivo y emocional de los niños. Añadió que previo a los 5 años, los niños no tienen la conceptualización de permanencia o de las consecuencias de sus actos, no tienen total desarrollo de lo que significa la muerte, por lo tanto, alguna lesión autoinfligida a menor edad, no se puede atribuir a una intencionalidad suicida.

- Puesta en votación la indicación N° 76.A, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y Kuschel.

- - -

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo séptimo transitorio

El artículo séptimo transitorio, aprobado en general, se refiere a la proyección de necesidades de hospitalización psiquiátrica. Señala que, durante el segundo año de implementación de esta ley, el Ministerio de Salud realizará un estudio para determinar el estado, brechas y proyección de las necesidades de hospitalización psiquiátrica en la Red Asistencial, así como la propuesta del Plan de Inversiones que surja de los resultados. En dicho estudio igualmente se abordará la hospitalización psiquiátrica judicial.

La indicación N° 77, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, sustituye el artículo séptimo transitorio por el siguiente:

“Artículo séptimo transitorio.- proyección de necesidades de cuidados de salud mental. Durante el segundo año de implementación de esta ley, el Ministerio de Salud realizará un estudio para determinar el estado, brechas y proyección de las necesidades de atención de salud mental, en el nivel ambulatorio especializado y de hospitalización psiquiátrica en la Red Asistencial, así como la propuesta del Plan de Inversiones que surja de los resultados. En dicho estudio igualmente se abordará la hospitalización psiquiátrica judicial y la continuidad de cuidados psiquiátricos ambulatorios de dichas personas.

La **señora Javiera Erazo** mencionó que habitualmente se realizan estudios, pero no se publica activamente en el informe, sin embargo, comentó que se puede acoger como una tarea en el marco de la ley.

- La indicación N° 77, fue declarada inadmisible por el Presidente de la Comisión.

La indicación 77.A, de S.E. el Presidente de la República, añade después del punto final que pasa a ser seguido, el siguiente párrafo: “Los resultados del estudio deberán ser publicados en la página web institucional del Ministerio de Salud.”.

- Puesta en votación la indicación N° 77.A, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y Kuschel.

Artículo octavo transitorio

El artículo octavo transitorio, aprobado en general por la Comisión, es del siguiente tenor:

“Artículo octavo transitorio.- Plan de Desinstitucionalización. El Ministerio de Salud actualizará el reglamento al que refiere el artículo 27 de la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental en los términos señalados en el nuevo inciso segundo del artículo 26 de la misma ley, incorporado por el artículo 28, numeral 11 de la presente ley, en un plazo de 18 meses contados desde su publicación. El Plan de Desinstitucionalización se dictará dentro de los 12 meses siguientes a la publicación de la actualización del señalado reglamento.”.

La indicación N° 78, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, sustituye el artículo octavo transitorio por el siguiente:

“Artículo octavo transitorio.- Reglamento de hospitalización. El Ministerio de Salud actualizará el reglamento al que refiere el artículo 27 de la ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental en los términos señalados en el nuevo inciso segundo del artículo 26 de la misma ley, incorporado por el artículo 28, numeral 11 de la presente ley, en un plazo de 12 meses contados desde su publicación.”.

Esta indicación se trató conjuntamente con la indicación N° 79, que se transcribe más adelante.

La indicación N° 78.A, de S.E. el Presidente de la República, reemplaza los guarismos “18” por “12” y “12” por “6”.

El **Honorable Senador señor Gahona** estimó que la indicación N° 78.A, está de más, porque la indicación N° 78 presentada por los parlamentarios, ya fue aprobada con las modificaciones de los plazos que incorpora con posterioridad el Ejecutivo.

La **señora Ministra de Salud** señaló que quisieron acoger la modificación introducida por los parlamentarios sustentada en la preocupación por acortar los plazos e implementar la ley de manera más rápida.

- Puesta en votación la indicación N° 78.A, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y Kuschel.

- - -

Artículo noveno transitorio, nuevo

La indicación N° 79, de los Honorables Senadores señores Castro González y Macaya, incorpora un artículo noveno transitorio, nuevo, pasando el actual a ser décimo transitorio, y así sucesivamente:

“Artículo noveno transitorio.- El Plan de Desinstitucionalización se dictará dentro de los 18 meses siguientes a la publicación de la presente ley, en concordancia con la primera Política Nacional de Salud Mental.”.

- - -

La **Jefa de la División Jurídica del Gabinete Ministerial, señora Yasmina Viera** observó que las indicaciones N°s 78 y 79 dicen relación con los plazos establecidos en la propuesta del proyecto de ley.

Propuso reducir la actualización del reglamento a 12 meses. Añadió que debe estar desfasada la dictación del reglamento en relación al Plan de Desinstitucionalización.

Por otra parte, sugirió reducir el plazo a 6 meses para la actualización del Plan de Desinstitucionalización.

Aclaró que esas dos rectificaciones deben ser realizadas al texto aprobado en general.

Se hace presente, que con posterioridad a la discusión de ambas indicaciones, el Ejecutivo presentó la indicación N° 78.A, que recoge el cambio de plazos acordado.

- Puesta en votación las indicaciones N°s 78 y 79, resultaron aprobadas con modificaciones, por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y señora Órdenes.

Artículo décimo transitorio

El artículo décimo transitorio, se refiere al plan de fiscalización de la ley N° 21.331. Señala que, dentro de los seis meses siguientes a la publicación de la presente ley, la Superintendencia de Salud deberá elaborar y presentar un Plan de Fiscalización de la Ley N° 21.331, del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental.

La indicación N° 80, de los Honorables Senadores señores Macaya y Gahona, incorpora, en el artículo décimo transitorio, antes del punto final, la expresión:

“, que podrá considerar encuestas de satisfacción de usuarios y tasas de reclamos, entre otros”.

El **Honorable Senador señor Gahona** explicó que el objetivo es incorporar elementos de métrica más objetivos, a través de encuestas de satisfacción, para agregar otros instrumentos de gestión al proceso.

- Puesta en votación la indicación N° 80, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Castro González, Chahuán, Gahona y señora Órdenes.

- - -

Artículo décimo primero transitorio, nuevo

La indicación N° 80.A, de S.E. el Presidente de la República, agrega, a continuación del artículo décimo transitorio, el siguiente artículo décimo primero transitorio, nuevo, pasando el actual artículo décimo primero transitorio a ser artículo décimo segundo transitorio:

"Artículo décimo primero transitorio.- Modificaciones a la ley N°21.063. Las modificaciones introducidas a la ley N°21.063 en virtud del artículo 33 de la presente ley, entrarán en vigencia ciento ochenta días después de la publicación de esta ley en el Diario Oficial.".

- Puesta en votación la indicación N° 80.A, resultó aprobada por la unanimidad de los presentes, Honorables Senadores señores Flores, Gahona y Kuschel.

- - -

Seguidamente, la Comisión faculta a la Secretaría a hacer todas las enmiendas y adecuaciones que correspondan en el texto final.

- - -

TEXTO DEL PROYECTO

En virtud de los acuerdos adoptados precedentemente, la Comisión de Salud tiene el honor de proponer a la Sala la aprobación, en general, del siguiente proyecto de ley:

- - -

PROYECTO DE LEY:

"TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto: La presente ley tiene por objeto promover y proteger la salud mental y el bienestar de todas las personas durante el desarrollo de su vida o ciclo vital. Sus disposiciones buscan, además, favorecer la inclusión social y laboral y dar un abordaje integral considerando las necesidades de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual en forma permanente o transitoria.

Cada vez que la presente ley aluda a personas con enfermedades o trastornos de salud mental se entenderá que esta puede ser con o sin discapacidad psíquica o intelectual.

El respeto a la dignidad y a los derechos humanos serán esenciales en la aplicación de esta ley, sin perjuicio de los demás derechos y garantías reconocidos en otros cuerpos normativos y en los tratados internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes.

Artículo 2.- Conceptos. Para los efectos de esta ley, se entenderá por:

a. Determinantes de la Salud Mental: se entenderán en los términos señalados en el inciso segundo del artículo 2, de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de la salud mental.

b. Enfermedades o trastornos de salud mental: se entenderán en los términos señalados en el inciso tercero del artículo 2, de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, las que pueden estar asociadas o no a una discapacidad.

c. Promoción de la salud: conjunto de acciones que buscan proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental, laboral y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

d. Salud mental: se entenderá en los términos dispuestos en el inciso primero del artículo 2 de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.

e. Salud mental comunitaria: organización territorial de los sistemas de atención y cuidados de salud mental, cercana a las personas e integrada a la red general de salud en todos los niveles de atención.

f. Vida Independiente: se entenderá en los términos del artículo 3 letra a) de la ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social y laboral de personas con discapacidad.

g. Inclusión Social: Proceso de aceptación que permitan a las personas con enfermedades o trastornos de salud mental permanente o transitoria ejercer sus derechos y oportunidades para potenciar sus capacidades libres de sesgos, estigmas y barreras y de las determinantes sociales del entorno cercano, educacional, laboral y comunitario.

Artículo 3.- Principios. La interpretación y aplicación de la presente ley deberá hacerse de conformidad a los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República, así como en los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.

La presente ley se regirá por los principios establecidos en el artículo 3 de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Además, se regirá por los siguientes principios:

a. Cooperación: el Estado fomentará la cooperación técnica pública y privada, intersectorial e interinstitucional y nacional e internacional, para el desarrollo de las acciones que propendan a la protección y promoción de la salud mental y bienestar de las personas, para lo cual podrá celebrar convenios con organismos públicos como privados, y recibir financiamiento de estos últimos para cumplir con los objetivos de la presente ley.

b. Coordinación: los órganos del Estado desarrollarán las acciones para la protección y promoción de la salud mental de manera coordinada y dentro de sus respectivos ámbitos de competencia.

c. Igualdad de derechos, no discriminación arbitraria y equidad de género: el Estado reconoce la igualdad de derechos y equidad de género como un principio básico en la provisión de servicios de salud mental. En este contexto, nadie podrá ser discriminado arbitrariamente.

d. Participación y diálogo social: el Estado fomentará la participación de la ciudadanía y de las organizaciones de la sociedad civil, en especial de aquellas que agrupen a personas con enfermedades o trastornos de salud mental y/o sus familias, como un componente fundamental para el cumplimiento de los objetivos de esta ley, en los términos regulados en la ley Nº 20.500, sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, con especial consideración al fomento y estimulación de la participación de niños, niñas y adolescentes, en atención a su edad, madurez y grado de desarrollo, en los términos prescritos en el artículo 11 de la ley N° 21.430 sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia.

e. Trato paritario: el Estado promoverá la valoración de la salud mental en términos equiparables a la salud física y otros cuidados de la salud, tanto en el acceso, calidad de la atención, criterios para la asignación de recursos, aseguramiento, educación, capacitación, prácticas sanitarias, esfuerzos terapéuticos, medición de resultados, entre otros ámbitos.

TÍTULO II DE LAS ACCIONES DE LOS ÓRGANOS DEL ESTADO PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Párrafo 1° De las acciones generales del Estado

Artículo 4.- Acciones generales del Estado. El Estado deberá promover y proteger la salud mental y el bienestar de la población, la inclusión

social y laboral de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, a través de las siguientes acciones:

a. Implementación y promoción de un trabajo transversal psicoeducativo permanente, que impulse el entendimiento y la comprensión sobre la salud mental, a través de campañas de sensibilización y concientización sobre salud mental.

b. Promover la inclusión social y laboral de personas con enfermedades o trastornos de salud mental, su participación efectiva en la sociedad y el ejercicio de sus derechos en la comunidad.

c. Desarrollar políticas de apoyo a la vida independiente, la inclusión social y laboral de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental; y, capacitar, perfeccionar y desarrollar protocolos de actuación para funcionarias y funcionarios públicos, con especial énfasis en la prevención de la vulneración de derechos fundamentales y de la discriminación de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

d. Actuar de forma coordinada en el diseño, implementación, evaluación y monitoreo de los planes, programas y otros instrumentos de políticas públicas sectoriales e intersectoriales en materia de salud mental.

e. Promover el desarrollo progresivo e intersectorial de los servicios de cuidados sanitarios y sociosanitarios, acorde al enfoque de derechos y a los principios de inclusión social, laboral y vida independiente.

f. Velar por que los establecimientos de salud que desarrollen acciones de salud mental apliquen un enfoque de derechos en sus modelos de intervención, y procuren evitar la institucionalización.

g. Adoptar medidas especiales de protección de la salud mental y de apoyo psicosocial para la población afectada con ocasión de una emergencia, desastre o catástrofe de origen natural o provocado por la acción humana, proveyendo los equipos de primera respuesta, entre otras acciones.

h. Actuar de forma coordinada en el diseño e implementación de acciones para la detección temprana de riesgos y la prevención de lesiones autoinfligidas y conductas suicidas de las personas.

El Estado promoverá el acceso igualitario a la salud mental, proveyendo servicios profesionales y estructuras sanitarias y sociosanitarias a lo largo del territorio, con equipos interdisciplinarios, considerando las necesidades, características y especificidades del territorio, la población y la comunidad.

Artículo 5.- Vida independiente, inclusión social, laboral y cuidados de salud mental. El Estado y sus órganos serán responsables de desarrollar políticas de apoyo a la vida independiente, la inclusión social y laboral de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, de conformidad con el artículo 24 de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de la salud mental.

Los órganos del Estado promoverán un enfoque descentralizado y territorializado de los cuidados de salud mental de tipo sanitario o sociosanitario. En el caso de los servicios sanitarios, los apoyos ambulatorios y hospitalarios se proveerán en un modelo integrado con la atención de otras necesidades de salud. Por su parte, los establecimientos residenciales sociosanitarios que brinden cuidados de salud mental requerirán cumplir, para efectos de su instalación y funcionamiento, en lo relativo a su dimensión sanitaria, con los requisitos establecidos en un reglamento que será expedido por el Ministerio de Salud; y en lo referente a su dimensión social, con los requisitos que disponga un reglamento que será expedido por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Los establecimientos que se dediquen a los cuidados de salud mental requerirán de autorización sanitaria conforme los requisitos definidos por el Ministerio de Salud.

Párrafo 2° Del sector salud

Artículo 6.- Acciones generales del sector salud. El Ministerio de Salud, en el marco de sus competencias, fomentará y desarrollará acciones para la promoción y protección del bienestar de las personas y la prevención de las enfermedades de salud mental.

Asimismo, adoptará y desarrollará las acciones necesarias para el diagnóstico, la recuperación, rehabilitación e inclusión social y laboral de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, conforme a la gradiente de intensidad de cuidados y apoyos en salud, promoviendo la calidad, continuidad y personalización de los mismos.

Artículo 7.- Planificación, implementación, monitoreo y evaluación de la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción. El Ministerio de Salud, dentro de su competencia, deberá planificar, implementar, monitorear y evaluar las acciones que den cumplimiento a los objetivos de la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción.

Artículo 8.- Prevención de vulneraciones de derechos en el ámbito de la salud mental. El Ministerio de Salud deberá ejecutar acciones y elaborar mecanismos para prevenir, vigilar y denunciar las vulneraciones de los derechos de las personas en la atención de salud mental, los cuales deberán

ser públicos y conocidos por usuarios y usuarias, funcionarios y funcionarias y otros actores relevantes.

La Superintendencia de Salud velará que los prestadores de salud, públicos o privados den cumplimiento a dichas acciones y mecanismos, de conformidad con lo establecido en el Título IV de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud; y en el artículo 28 de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.

Artículo 9.- Prevención de las lesiones autoinfligidas y del suicidio. El Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, actuará de manera coordinada con las autoridades regionales y municipales de todo el territorio nacional para implementar medidas orientadas a prevenir las lesiones autoinfligidas y las conductas suicidas de las personas.

Para tales efectos, cada Secretaría Regional Ministerial de Salud deberá mantener y actualizar un catastro detallado de los sitios identificados como frecuentes para la ocurrencia de suicidios dentro de cada región. Estos catastros tendrán como objetivo proporcionar al Ministerio de Salud la información necesaria para el diseño, ejecución y evaluación de las medidas señaladas en el inciso precedente.

Artículo 10.- Vigilancia de salud pública en el ámbito de la salud mental. El Ministerio de Salud estará facultado para recolectar aquellos datos estadísticos relevantes para la protección, fomento y recuperación de la salud mental, de acuerdo con lo establecido en el artículo 47 del Código Sanitario y en el artículo 4 N°5, del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley Nº 2.763, de 1979 y de las leyes Nº 18.933 y Nº 18.469.

El Ministerio de Salud desarrollará periódicamente una Encuesta Nacional de Salud Mental para actualizar la información del estado de salud mental de la población, el impacto de las políticas públicas en la materia y contribuir a la toma de decisiones. Dicha encuesta deberá realizase, a lo menos, cada 10 años.

La Encuesta referida en el inciso anterior deberá contar con un módulo base con núcleos de contenido que permita el seguimiento longitudinal de las políticas en salud mental.

Asimismo, conforme al artículo 49 del Código Sanitario podrá establecer sistemas de notificación obligatoria de enfermedades o lesiones, incluidas las autoinfligidas, así como los lugares de ocurrencia de estas, cuando dicha información sea necesaria para la Autoridad Sanitaria.

Los datos obtenidos deberán ser tratados en conformidad con la ley N° 19.628, sobre protección de la vida privada modificada.

Artículo 11.- Formación y capacitación del personal de salud. El Ministerio de Salud promoverá la formación y capacitación continua del personal de salud en el resguardo y promoción de los derechos fundamentales en la atención y cuidados de salud mental, otorgada tanto en la comunidad como en los establecimientos de salud. Se tendrá especial consideración por la salud mental de las personas con enfermedades terminales y sufrimiento psicológico.

La formación y capacitación deberá poner énfasis en las estrategias de atención orientadas a la prevención de episodios agudos y a la limitación del uso de mecanismos coercitivos de movilidad en los cuidados de salud mental.

Artículo 12.- Investigación. El Ministerio de Salud fomentará la investigación y la producción de datos e información para la toma de decisiones sobre la salud mental y velará por la efectiva divulgación de sus resultados. Además, impulsará y generará instancias de diálogo y coordinación con la comunidad científica, la sociedad civil y las universidades e instituciones públicas o privadas que realizan investigación en salud mental.

Lo anterior, garantizando el debido respeto de lineamientos éticos de investigación en salud, conforme se establece en los artículos 10 y 11 de la ley N° 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana.

Artículo 13.- Asignación de recursos en salud mental. Sin perjuicio de las funciones y atribuciones que correspondan a los organismos respectivos, el Ministerio de Salud podrá implementar mecanismos de monitoreo y evaluación del gasto destinado a la salud mental, que contribuyan a la toma de decisiones informada sobre la asignación de recursos en salud mental y a la definición de objetivos sanitarios nacionales. Para ello se podrá considerar criterios como la prevalencia de los problemas, la tendencia, la eficacia y efectividad de las intervenciones y su costo, así como también la capacidad de la red asistencial, considerando todo el espectro de las necesidades asistenciales, desde la promoción de la salud, la rehabilitación hasta la inclusión social y laboral.

Párrafo 3° Del sector educación

Artículo 14.- Salud mental en establecimientos educacionales. El Ministerio de Educación promoverá que los establecimientos o instituciones educacionales, en todos los niveles y modalidades educativas, incorporen acciones o medidas dentro de sus planes de gestión de la convivencia educativa, para avanzar en la promoción y prevención de la salud mental. Asimismo, fomentará en las comunidades educativas la convivencia, bienestar,

respeto por la diversidad, buen trato, la disminución y la detección temprana de los factores de riesgo para la salud mental, y la derivación oportuna para la atención en salud mental.

Las acciones mencionadas promoverán la inclusión educativa de los y las estudiantes con enfermedades o trastornos de salud mental, teniendo en especial consideración a niños, niñas y adolescentes.

Las instituciones de educación superior que impartan carreras de formación de profesionales y técnicos de la salud, propenderán a que, en sus currículos formativos, la salud mental tenga una representación pertinente a la carga de enfermedad y necesidad de cuidados de la población en este ámbito.

Párrafo 4° Del sector trabajo

Artículo 15.- Salud mental en el entorno laboral. El Ministerio del Trabajo y Previsión Social promoverá que los ambientes laborales propendan a la protección de la salud mental y al respeto mutuo, a través del desarrollo de políticas institucionales que incluyan, al menos, el abordaje de medidas preventivas para mitigar los factores de riesgo que influyen en la salud mental de las personas en el lugar de trabajo.

Artículo 16.- Acceso y mantención del empleo de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental que puedan trabajar. El Ministerio del Trabajo y Previsión Social promoverá políticas orientadas al acceso y mantención del empleo de personas con enfermedades o trastornos de salud mental, particularmente de aquellos con discapacidad psíquica o intelectual que puedan trabajar, con particular atención a la equidad territorial de estas acciones. Para dicho fin, las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales, podrán actuar de manera coordinada con las autoridades regionales y municipales de todo el territorio nacional para promover medidas orientadas al acceso y mantención de empleo de estas personas.

Párrafo 5° Del sector vivienda y urbanismo

Artículo 17.- Salud mental en la planificación urbana y habitacional. El Ministerio de Vivienda y Urbanismo, en el marco de sus competencias, promoverá el desarrollo de proyectos para el mejoramiento de entornos urbanos y habitacionales, incluyendo barrios y condominios, que contribuyan a la salud mental de la población.

Párrafo 6° Del sector de desarrollo y protección social

Artículo 18.- Salud mental en las políticas de desarrollo y protección social. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia promoverá que el diseño,

implementación y evaluación de las políticas públicas de su sector velen por el resguardo de la salud mental de toda la población, con especial énfasis en las personas o grupos vulnerables. Asimismo, en el marco de la coordinación entre organismos de la Administración del Estado, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia participará en el ámbito de su competencia para promover la inclusión social y laboral de personas con discapacidad psíquica o intelectual, con especial énfasis en los grupos vulnerables.

A través de la Subsecretaría de la Niñez, en su calidad de ente rector del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, velará por la realización de acciones de promoción y protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental, procurando una actuación organizada y coordinada por parte de los organismos del Estado responsables de la provisión de prestaciones y servicios para prevenir los riegos para la salud mental y atender de manera priorizada a esta población, conforme con lo dispuesto en el artículo 16 de la ley N°21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y la adolescencia.

Artículo 19.- Rol del Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia. El Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia velará que sus programas, especialmente aquellos que pertenecen a la línea de acción de cuidados alternativos, promuevan la protección de los determinantes de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes que son sujetos de atención de dicho Servicio.

De conformidad con lo establecido en la ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y la adolescencia y en la ley N° 21.302, que crea el Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia y modifica las normas legales que indica, dicho Servicio, en conjunto con el Ministerio de Salud, desarrollarán las acciones necesarias para el acceso priorizado a los cuidados de salud mental de niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo la protección del Estado, incluyendo la promoción de medidas afirmativas. Además, desarrollarán lineamientos y mecanismos de gestión para la prevención y abordaje de episodios agudos de salud mental en los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en los programas de la línea de acción de cuidados alternativos.

Párrafo 7° Del sector justicia

Artículo 20.- Acceso a la justicia y salud mental. El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos fomentará políticas públicas para el acceso a la justicia de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

Del mismo modo y con el objeto de resguardar el ejercicio de los derechos de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, especialmente su derecho de acceso a la justicia, los tribunales deberán

propender a la realización de las siguientes acciones en la tramitación de los procesos judiciales en los que intervengan:

a. Velar por el respeto al principio de igualdad y no discriminación arbitraria.

b. Velar por el respeto a su dignidad inherente, autonomía individual, libertad para tomar las propias decisiones e independencia.

c. Garantizar su participación plena y efectiva.

d. Velar porque toda hospitalización psiquiátrica de carácter judicial, cuente con una opinión médica que la justifique y no se prolongue indebidamente una vez satisfechas las condiciones que la hicieron necesaria.

El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, a través de sus servicios dependientes y relacionados y dentro del ámbito de sus competencias, promoverá la salud mental de las personas privadas de libertad en recintos penales.

Artículo 21.- Asistencia jurídica. Las Corporaciones de Asistencia Judicial o sus continuadores legales, brindarán asesoría jurídica y representación judicial preferente a las personas con discapacidad psíquica o intelectual en los temas que les afecten en el ejercicio de sus derechos, cuando no puedan procurársela por sus propios medios; y en los procedimientos de hospitalización involuntaria sustanciados ante los Tribunales de Familia, conforme al artículo 15 de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención en salud mental.

Párrafo 8° De las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública

Artículo 22.- Salud Mental y formación de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública. El Ministerio de Seguridad Pública promoverá políticas públicas para la promoción y protección de la salud mental del personal de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública.

La Escuela de Carabineros, la Escuela de Suboficiales de Carabineros de Chile, la Escuela de Investigaciones Policiales y el Instituto Superior de la Policía de Investigaciones de Chile, deberán incorporar contenidos de esta ley en sus mallas de formación, con el objeto de generar las competencias necesarias para favorecer un actuar adecuado de los agentes de orden y seguridad, procurando el cuidado y resguardo de la integridad de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

El Ministerio de Seguridad Pública deberá aprobar las mallas de formación con los contenidos de esta ley, de los planteles de las Fuerzas de

Orden y Seguridad Pública, con el objeto de generar las competencias necesarias para favorecer un adecuado desarrollo de sus funciones policiales, en los términos referidos en el inciso precedente.

TÍTULO III DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y SU PLAN DE ACCIÓN

Artículo 23.- Política Nacional de Salud Mental. La Política Nacional de Salud Mental, en adelante “la Política”, tendrá como objetivo propender a la creación de las condiciones que promuevan y protejan la salud mental, el bienestar de la población y la inclusión social y laboral de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

La Política deberá contener un diagnóstico de la salud mental de la población. Asimismo, establecerá los objetivos generales, fines, directrices y lineamientos en materia de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, inclusión social, laboral y desarrollo de las condiciones de vida necesarias para el fomento, protección y recuperación de la salud mental, en base a los principios contenidos en la presente ley. Además, se orientará a fortalecer la gestión pública, el monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de las políticas públicas en materias de salud mental.

En lo que respecta a niños, niñas y adolescentes, se deberá tener en especial consideración lo establecido en la Política Nacional de la Niñez y Adolescencia y su respectivo Plan de Acción, regulado en el Título V de la ley N°21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia.

Artículo 24.- Plan de Acción Interministerial de Salud Mental. La implementación de la Política se ejecutará a través del Plan de Acción Interministerial de Salud Mental, en adelante “el Plan", el cual deberá considerar entre sus contenidos, al menos:

a. Las estrategias, iniciativas, acciones y/o medidas específicas para el cumplimiento de los objetivos que se establezcan en la Política.

b. Los programas o líneas programáticas que lo integran.

c. El o los organismos responsables.

d. Los plazos de ejecución.

e. Las metas establecidas.

f. Los indicadores de resultados y procesos para su monitoreo y evaluación.

g. Las gestiones y coordinaciones que propendan a la priorización del financiamiento de las estrategias, iniciativas, acciones y/o medidas específicas.

El Plan deberá mencionar la forma en que será implementado en cada una de las regiones del país, cuando corresponda.

Artículo 25.- Aprobación, vigencia, evaluación y actualización de la Política y el Plan. La Política y su Plan de Acción serán aprobados mediante decretos supremos expedidos por el Ministerio de Salud a propuesta del Comité Interministerial de Salud Mental.

La Política y su Plan de Acción tendrán una duración de 10 y 5 años, respectivamente. De conformidad al principio de participación y diálogo social de la letra d) del artículo 3 de la presente ley, en el diseño y evaluación de la Política y el Plan de acción se deberá propiciar la participación de la ciudadanía y de las organizaciones de la sociedad civil.

De conformidad a lo dispuesto en el artículo 7, el Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, en coordinación con el Comité Interministerial de Salud Mental, deberá evaluar ambos instrumentos al menos por una vez al completarse la mitad de su vigencia. Si con posterioridad a la revisión se verifica la necesidad de actualizar los instrumentos, se realizarán las modificaciones pertinentes.

Artículo 26.- Comité Interministerial de Salud Mental. Créase el Comité Interministerial de Salud Mental, en adelante “el Comité Interministerial”, cuya función principal será elaborar y proponer al Presidente o Presidenta de la República la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción Interministerial.

El Comité Interministerial será una instancia resolutiva, de coordinación, información, orientación y acuerdo de políticas públicas en salud mental, que velará por la consistencia, coherencia y eficiencia de estas.

El Comité Interministerial estará integrado por:

a. El Ministro o Ministra de Salud, quien lo presidirá.

b. El Ministro o Ministra de Hacienda.

c. El Ministro o Ministra de Desarrollo Social y Familia.

d. El Ministro o Ministra de Educación.

f. El Ministro o Ministra del Trabajo y Previsión Social.

Asimismo, el Presidente del Comité Interministerial deberá citar al Ministro de Seguridad Pública, al Ministro de la Mujer y Equidad de Género, al Ministro de Justicia y Derechos Humanos, al Ministro de Vivienda y Urbanismo y al Ministro del Deporte, cuando se traten materias relativas a la cartera ministerial respectiva.

Los Ministros o Ministras podrán ser reemplazados en las labores que les correspondan en el Comité Interministerial por los Subsecretarios o Subsecretarias, según corresponda.

Dicho Comité podrá invitar a sus sesiones a otros Ministros o Ministras de Estado, Directores o Directoras de Servicios u otras autoridades, cuando lo estime conveniente.

También podrá invitar a representantes de instituciones académicas o especialistas, organismos públicos y privados y organizaciones no gubernamentales, cuya participación o colaboración se estime conveniente para su buen funcionamiento. Los representantes del sector privado podrán aceptar voluntariamente esta invitación.

El Comité Interministerial establecerá las normas para su adecuado funcionamiento en su primera sesión.

El Comité Interministerial tendrá una Secretaría Ejecutiva, a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, cuya función será otorgar apoyo técnico para su organización y correcto funcionamiento.

TÍTULO IV DE LOS ATRIBUTOS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 27.- Integración de los cuidados de salud mental. Los cuidados de salud mental podrán integrarse con otras prestaciones de salud en todos los niveles de atención, considerando las características de cada territorio y sus comunidades.

Artículo 28.- Atributos de los Servicios Asistenciales de Salud Mental dentro del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El Sistema Nacional de Servicios de Salud dispondrá de un conjunto de prestaciones para las necesidades de cuidado de la salud mental de la población a su cargo, considerando las distintas etapas del curso de vida de las personas, promoviendo la continuidad de los cuidados, con mecanismos que incluyan la coordinación entre niveles de atención, órganos de la Administración del Estado y municipios, considerando la distribución territorial equitativa de los recursos.

Los establecimientos de salud, según su nivel de complejidad de atención, deberán contar con los siguientes atributos:

a. Los establecimientos de atención primaria desarrollarán acciones y programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud mental, en el marco de la atención integral de salud, que puede darse en el contexto de la atención individual, familiar, grupal o comunitaria, cautelando la continuidad de los cuidados. Para el cumplimiento de este objetivo, podrán coordinarse con los respectivos municipios, a fin de identificar a aquellas personas beneficiarias de FONASA que, por cualquier motivo, no se encuentren insertas en la red de atención primaria de salud.

b. La atención ambulatoria y domiciliaria de salud mental especializada se entregará a través de equipos interdisciplinarios, de preferencia por centros de salud mental comunitaria, respondiendo a criterios territoriales y poblacionales definidos por el Ministerio de Salud, procurando la continuidad de los cuidados, con especial énfasis en el abordaje de los trastornos psiquiátricos, la discapacidad y la dependencia asociada a enfermedades o trastornos de salud mental.

c. Cada Servicio de Salud actuará coordinadamente para proveer apoyo de salud mental a las personas hospitalizadas.

d. La atención de urgencias de salud mental se efectuará en todos los servicios de urgencia de la atención primaria y de hospitales. Dicho personal clínico accederá a formación y capacitación periódica en materia de salud mental.

e. La hospitalización psiquiátrica podrá ser provista en hospitales de baja, mediana y alta complejidad, conforme a la cartera de servicios aprobada para el establecimiento y según los requisitos y condiciones de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención en salud mental.

El Ministerio de Salud dictará las normas técnicas necesarias para regular lo señalado en los literales precedentes.

TÍTULO V NORMAS ADECUATORIAS

Artículo 29.- Modificaciones a la ley N° 21.331. Modifícase, la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención en salud mental en el siguiente sentido:

1) Agrégase, en el artículo 2, el siguiente inciso cuarto, nuevo, pasando el actual cuarto a ser quinto:

“Las enfermedades o trastornos de salud mental incluyen el consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas, así como los trastornos de origen neurológico que deriven en una discapacidad psíquica o intelectual. La atención de estas enfermedades deberá formar parte de los cuidados de salud mental.”.

2) Modifícase, el artículo 4, de la siguiente forma:

a) Reemplázase, en el inciso cuarto, la frase “afecciones futuras y graves a su capacidad mental, que impidan manifestar consentimiento” por " que afecciones futuras limiten el ejercicio de sus derechos, especialmente cuando se refiera a la manifestación de su voluntad y preferencias en salud mental”.

b) Agrégase, a continuación del inciso sexto, el siguiente inciso séptimo, nuevo:

“El solo hecho de presentar una enfermedad o trastorno de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual, no será razón suficiente para negar la manifestación de su voluntad en el ámbito de la salud y salud mental o, en su caso, cuestionar las decisiones que las personas adopten de conformidad a lo establecido en este artículo y el artículo siguiente.”.

3) Reemplázase, en el artículo 6, la frase “la Comisión Nacional y las Comisiones Regionales de Protección de Derechos de Personas con Enfermedades Mentales” por “la Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental y las Comisiones Regionales de Protección de Derechos en Salud Mental”.

4) Agrégase, a continuación del inciso único del artículo 11, que pasa a ser primero, el siguiente inciso segundo, nuevo:

“Conforme con lo establecido en el artículo 130° del Código Sanitario, la hospitalización psiquiátrica, podrá ser voluntaria o involuntaria. Toda hospitalización psiquiátrica deberá estar fundamentada por una opinión médica, sin perjuicio de lo señalado en el artículo 13 numeral 1 de esta ley.”.

5) Agrégase, a continuación del artículo 12, el siguiente artículo 12 bis, nuevo:

“Artículo 12 bis.- Se entenderá por hospitalización voluntaria aquella que nace de un acuerdo libre e informado entre la persona y su equipo médico tratante, basado en la comprensión de la indicación médica y/o la solicitud de la propia persona.

En el caso de que una persona hospitalizada voluntariamente solicite su alta y ésta sea denegada por el médico tratante por considerar que

ello constituye un riesgo grave e inminente para sí misma o para terceros, se deberá dar inicio al procedimiento de hospitalización sanitaria involuntaria, en los términos que se refiere el artículo 13 de la presente ley. Asimismo, como en toda hospitalización sanitaria involuntaria se deberá aplicar, cuando corresponda, el artículo 14 de presente ley.

La medida de protección administrativa señalada en el artículo 68 letra e) de la ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y la adolescencia, solo podrá ser dictada por la Oficina Local de la Niñez, cuando esté fundamentada en una opinión médica y profesional.”.

6) Agrégase, a continuación del inciso único del artículo 13, que pasa ser primero, el siguiente inciso segundo, nuevo:

“De acuerdo con lo establecido en el artículo 130° del Código Sanitario, la hospitalización psiquiátrica involuntaria podrá ser sanitaria o judicial”.

7) Agrégase, a continuación del artículo 13, el siguiente artículo 13 bis, nuevo:

“Artículo 13 bis.- La hospitalización involuntaria judicial, que es decretada por un tribunal de familia como medida de protección, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 71 de la ley N° 19.968, que crea los Tribunales de Familia, deberá estar fundada en una evaluación realizada por un equipo clínico que evalúe al niño, niña o adolescente. Dicha medida deberá ser revisada por el Tribunal de Familia, de conformidad con lo establecido en los artículos 16, 76 y 80 de la ley N° 19.968, que crea los Tribunales de Familia y el artículo 11 de la ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia, procurando que no sea utilizada para fines de institucionalización psiquiátrica.

En el caso de la hospitalización decretada en el marco del artículo 92 N° 8 de la ley N°19.968, que crea los Tribunales de Familia, el Tribunal deberá procurar que la medida se encuentre fundada en una necesidad clínica, de acuerdo con lo establecido en los artículos 11 y 12 de la presente ley.

La hospitalización involuntaria judicial, que es ordenada como internación por un tribunal con competencia en lo penal, estará sujeta a lo dispuesto en los párrafos 1°, 2° y 3° del Título VII y en el párrafo 4° del Título VIII, todos del libro cuarto, del Código Procesal Penal, considerando la opinión médica que certifique los requisitos clínicos y de riesgo dispuestos en los párrafos recién mencionados.

Con el objeto de resguardar la seguridad de la población y la vigilancia de las personas cuya internación haya sido decretada por un tribunal

con competencia en lo penal, se podrán crear o habilitar establecimientos, unidades o dispositivos específicos para aquellas personas.”.

8) Agrégase, a continuación del inciso tercero del artículo 15, el siguiente inciso cuarto, nuevo:

“El equipo clínico deberá informar a la persona o su representante legal sobre su derecho preferente a recibir asesoría jurídica y representación judicial de las Corporaciones de Asistencia Judicial o sus continuadores legales, conforme a lo establecido en el artículo 21 de la Ley de Salud Mental Integral.”.

9) Modifícase, el artículo 19, de la siguiente forma:

a) Suprímase la frase “y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales”.

b) Agrégase, a continuación del punto final que pasa a ser punto seguido, la oración “Ello sin perjuicio del deber de denuncia establecido en el artículo 175 del Código Procesal Penal y el artículo 63 de la ley N°21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia.”.

10) Modifícase, el artículo 21, de la siguiente forma:

a) Reemplázase el inciso primero por el siguiente:

“El manejo de conductas de riesgo que amenacen la vida o la integridad de la persona o de terceros en el contexto de la atención, deberá hacerse con estricto respeto a los derechos humanos, incorporando estrategias y protocolos para prevenir su ocurrencia y considerando la voluntad y preferencias expresadas por la persona para el manejo de las mismas. Se podrán aplicar medidas de limitación del movimiento y la autonomía sólo en los casos en que concurra indicación terapéutica acreditada por un médico y que no exista otra alternativa menos restrictiva, debiendo existir proporcionalidad entre la necesidad de la medida y la conducta observada.”.

b) Reemplázase el inciso tercero por el siguiente:

“De todo lo actuado en el uso de estas medidas se dejará registro en la ficha clínica, se informará a la autoridad sanitaria y a un pariente o representante de la persona, de la forma establecida en el reglamento. En el caso de las personas hospitalizadas de forma involuntaria, estas medidas también se pondrán en conocimiento del Tribunal de Familia competente respectivo para efectos de lo establecido en el artículo 14 de la presente ley.”.

c) Reemplázase, en el inciso final, la frase “las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieran tener en establecimientos de salud y el respeto por sus derechos en la atención de salud” por “las personas con enfermedades o trastornos de salud mental, pudieran tener en establecimientos de salud, respetando sus derechos en la atención de salud”.

11) Modifícase, el artículo 26, de la siguiente forma:

a) Reemplázase, en el inciso primero, la expresión “nuevos establecimientos” por “hospitales”

b) Suprímase, en el inciso primero, la conjunción “o”.

c) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

“El Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia elaborarán, con participación de las organizaciones de la sociedad civil que agrupen a personas con enfermedades o trastornos de salud mental y/o sus familias un Plan de Desinstitucionalización que establecerá las estrategias y acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en los literales e) y f) y del artículo 4 de la Ley Integral de Salud Mental y lo señalado en el inciso primero de este artículo. En virtud de lo señalado en los artículos 11 y 12 de la presente ley y en los artículos 5 y 6 de la Ley Integral de Salud Mental, el Plan de Desinstitucionalización abordará la situación de aquellas personas que viven en servicios de carácter asilar de atención segregada, incorporando estrategias que reflejen la gradiente de intensidad de cuidados y apoyos en salud que requieran. El reglamento al que alude el artículo 27 de esta ley establecerá los procedimientos para llevar a cabo el cierre o transformación de los hospitales psiquiátricos asilares de atención segregada existentes, cuando proceda.”.

12) Reemplázase el artículo 28 por el siguiente:

“Artículo 28.- El cumplimiento de la presente ley se efectuará de conformidad al Título IV de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.”.

Artículo 30.- Modificaciones al Código Sanitario. Modifícase el Código Sanitario, en el siguiente sentido:

1) Reemplázase el epígrafe del Libro VII del Código Sanitario, por el siguiente:

“Libro VII De la hospitalización psiquiátrica de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.”.

2) Reemplázase el artículo 130° por el siguiente:

“Artículo 130°.- Toda hospitalización psiquiátrica deberá estar fundamentada en una opinión médica, sin perjuicio de lo señalado en el artículo 13 numeral 1) de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental.

La hospitalización psiquiátrica podrá ser voluntaria o involuntaria y se regirá por las normas de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, que correspondan.

La hospitalización psiquiátrica involuntaria podrá ser sanitaria o judicial.”.

3) Reemplázase el artículo 131° por el siguiente:

“Artículo 131°.- Las enfermedades o trastornos de salud mental incluyen el consumo perjudicial o dependencia al alcohol y otras drogas, así como los trastornos de origen neurológico que deriven en una discapacidad psíquica o intelectual.”.

4) Suprímanse los artículos 132°, 133° y 134°.

Artículo 31.- Modificaciones a la ley N° 20.584. Modifícase la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en el siguiente sentido:

1) Agrégase, a continuación del literal c) del inciso segundo del artículo 5°, el siguiente literal d), nuevo:

“d) Respetar la identidad de género y orientación sexual de las personas, prohibiéndose las terapias de conversión, entendiendo por tales las prácticas, conductas o comentarios reiterados en el marco de la atención de salud, que tenga por finalidad modificar o reprimir la orientación sexual o la identidad de género de una persona.”.

2) Suprímanse los artículos 23 y 24.

3) Modifícase el artículo 29 en el siguiente sentido:

a) Reemplázase el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 29. Créase la Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental, en adelante “la Comisión Nacional” y las Comisiones Regionales de Protección de Derechos en Salud Mental, en adelante “las Comisiones Regionales.”.

b) Reemplázase el inciso segundo por el siguiente:

“Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud establecerá las normas para el adecuado funcionamiento de la Comisión Nacional y las Comisiones Regionales.”.

c) Suprímanse los incisos tercero, cuarto, quinto y sexto, pasando el actual inciso séptimo a ser tercero y así sucesivamente.

4) Incorpórase, a continuación del artículo 29, los siguientes artículos 29 bis y 29 ter, nuevos:

“Artículo 29 bis.- La Comisión Nacional asesorará al Ministerio de Salud en todas las materias relacionadas con la salud mental y, especialmente, en las que refieren a la promoción y protección de los derechos de las personas con enfermedad o trastorno de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual.

La Comisión Nacional estará bajo la dependencia administrativa del Ministerio de Salud y estará integrada por tres miembros expertos o expertas en materias de salud mental y derechos humanos. Los comisionados o comisionadas serán elegidos mediante concurso público y durarán en sus cargos por tres años, renovables por igual período hasta por una sola vez de forma sucesiva.

Los comisionados o comisionados percibirán por su asistencia a cada sesión de la Comisión Nacional, una remuneración de 4 Unidades Tributarias Mensuales por sesión, con un tope total máximo de 20 Unidades Tributarias Mensuales al mes.

La Comisión Nacional tendrá las siguientes funciones:

a) Asesorar al Ministerio de Salud y al Comité Interministerial de Salud Mental, establecido en el artículo 26 de la Ley Integral de Salud Mental, en la definición de las políticas de promoción y protección de la salud mental y de respeto de derechos e inclusión social y laboral de personas con enfermedad mental.

b) Asesorar al Ministerio de Salud en la elaboración de normas, planes y programas, en materias de salud mental; y al Comité Interministerial de Salud Mental, en la elaboración de la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción, de conformidad a lo señalado en Título III de la Ley Integral de Salud Mental.

c) Asesorar en la producción y sistematización de la información para proponer acciones que contribuyan a la promoción y protección de los derechos de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

d) Proponer al Ministerio de Salud las directrices técnicas, normativas complementarias, y medidas específicas que pudiesen adoptar las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Servicios de Salud y prestadores de salud, públicos o privados, organismos de protección de derechos humanos y otros órganos del Estado que se consideren pertinentes para promover la aplicación de la normativa en salud mental y proteger los derechos de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

e) Coordinar y velar por el buen funcionamiento de las Comisiones Regionales.

Artículo 29 ter.- Las Comisiones Regionales se constituirán en todas las regiones del país y estarán bajo la dependencia administrativa de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

Estas Comisiones estarán integradas por un funcionario de la Secretaría Regional Ministerial de Salud que actuará como Presidente de la Comisión y por, al menos, tres representantes de la sociedad civil de acuerdo a la realidad local de la respectiva región. Al menos uno de estos comisionados o comisionadas deberá representar a una organización de expertos o expertas por experiencia u organizaciones de usuarios de servicios de salud mental. Los miembros de la Comisión no percibirán remuneración alguna por el desempeño de sus funciones.

Serán funciones de las Comisiones Regionales:

a) Revisar los casos que sean de su competencia, según lo establecido en la ley N° 21.331.

b) Recibir los reclamos que los usuarios y cualquier otra persona en su nombre realicen sobre vulneración de derechos vinculados a la atención en salud, con el objeto de orientar a la persona sobre las acciones que se pudiesen adoptar, teniendo en especial consideración la acción judicial establecida en el artículo precedente.

c) Emitir recomendaciones a la Autoridad Sanitaria sobre los casos y situaciones sometidos a su conocimiento o revisión.

d) Recomendar a los prestadores institucionales e individuales, públicos y privados, la adopción de las medidas adecuadas para evitar, impedir o poner término a la vulneración de los derechos de personas con enfermedades o trastornos de salud mental, con o sin discapacidad psíquica o intelectual.

e) Cumplir y ejecutar las directrices técnicas emitidas por el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental.

Las Comisiones Regionales apoyarán, convocarán e integrarán a su quehacer, de forma colaborativa y autónoma, a la sociedad civil organizada relacionada con salud mental y derechos humanos. Con dichas organizaciones, se mantendrán reuniones periódicas, y se sesionará al menos una vez al mes en las distintas ciudades de la Región. Asimismo, para el ejercicio de sus funciones, se relacionarán regularmente con organismos de derechos humanos en el nivel regional.

Las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud deberán asegurar el debido funcionamiento de la Comisiones Regionales y proveerán los recursos humanos y materiales que se requieran para el cumplimiento de sus funciones.”.

Artículo 32.- Modificaciones a la ley N° 18.600. Modifícase la ley N° 18.600, que establece normas sobre deficientes mentales, en los siguientes términos:

1) Reemplázase su denominación por la siguiente:

“Ley N° 18.600, que establece normas sobre personas con discapacidad mental.”.

2) Reemplázase el artículo 2° por el siguiente:

“Artículo 2°. - Persona con discapacidad mental es aquella que, teniendo una o más deficiencias mentales, sea por causa psíquica o intelectual, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la ley N°20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

Para los fines contenidos en la presente ley, la discapacidad mental que implique una disminución en a lo menos un tercio de la capacidad educativa, laboral o de integración social de la persona, se clasificará y certificará en los términos señalados en el artículo siguiente. Se entiende disminuida en un tercio la capacidad educativa, laboral o de integración social de la persona cuando, considerando en conjunto su rendimiento en las áreas intelectual, emocional, conductual y relacional, se estime que dicha capacidad es igual o inferior al setenta por ciento de lo esperado para una persona de igual edad y condición social y cultural, medido por un instrumento validado por la Organización Mundial de la Salud y administrado individualmente.”.

3) Reemplázase el artículo 4° por el siguiente:

“Artículo 4º.- La calificación y certificación de la discapacidad mental se hará de conformidad al Título II de la ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad y su reglamento.”.

4) Suprímanse los artículos 9° y 18 bis.

Artículo 33.- Modificaciones a la ley N° 19.925. Suprímanse los artículos 36 y 38 de la ley N° 19.925, sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas.

Artículo 34.- Modificaciones a la ley N°21.063. Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley N°21.063, que crea un seguro para el acompañamiento de niños y niñas que padezcan las enfermedades que indica, y modifica el Código del Trabajo para estos efectos:

1) Modifícase el artículo 7° en el siguiente sentido:

a) Agrégase, en el inciso primero, el siguiente literal f), nuevo:

“f) Riesgo alto de suicidio.”.

b) Agrégase, en el inciso segundo, a continuación del punto final que ha pasado a ser seguido, la siguiente oración:

“En el caso de la letra f), serán causantes del beneficio los niños, niñas y adolescentes, mayores de cinco años y menores de dieciocho años de edad.”.

2) Agrégase, a continuación del artículo 11 bis, el siguiente artículo 11 ter, nuevo:

“Artículo 11 ter.- Condiciones de acceso en caso de riesgo alto de suicidio. Las condiciones de acceso y acreditación en caso de riesgo alto de suicidio son las siguientes:

a) Documento o certificado extendido por el médico tratante que acredite que el niño, niña o adolescente, estuvo hospitalizado por lesiones autoinfligidas intencionalmente, atribuibles a un intento de suicidio.

b) Documento o certificado que acredite y certifique el alta médica y el egreso hospitalario del niño, o niña y adolescente.

c) Licencia médica extendida por el médico tratante.”.

3) Reemplázase, en el artículo 12, la expresión “y 11 bis”, por “, 11 bis y 11 ter”.

4) Modifícase el inciso segundo del artículo 13, en el siguiente sentido:

a) Remplázase la palabra “sexto” por “séptimo”.

b) Reemplázase la frase “la contingencia establecida en la letra e)” por “las contingencias establecidas en las letras e) y f)”.

5) Modifícase el artículo 14 en el siguiente sentido:

a) Agrégase, a continuación del inciso quinto, el siguiente inciso sexto, nuevo, pasando el actual inciso sexto a ser séptimo, y así sucesivamente:

“El permiso para cada trabajador o trabajadora por riesgo alto de suicidio tendrá una duración de hasta treinta días, en relación a cada evento que lo generó, por cada hijo o hija afectado por esta condición de salud, contados desde el inicio de la primera licencia médica, de acuerdo a las condiciones de acceso dispuestas en el artículo 11 ter.”.

b) Reemplázase, en el actual inciso octavo que ha pasado a ser noveno, la expresión “y d)” por “, d) y f)”.

6) Reemplázase, en el inciso primero del artículo 15, la expresión “y e)” por “, e) y f)”.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero transitorio.- Vigencia de la ley. La presente ley entrará en vigencia desde la fecha de su publicación en el Diario Oficial, sin perjuicios de las excepciones que se señalan en los artículos siguientes.

Artículo segundo transitorio.- Establecimientos residenciales sociosanitarios. El Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social dictaran los reglamentos indicados en el artículo 5 de esta ley en un plazo de 18 meses desde su publicación. Ambos Ministerios velarán por la implementación progresiva de las disposiciones que se establezcan en los referidos reglamentos.

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia, por sí o a través de sus servicios relacionados, podrá modificar los convenios con los establecimientos residenciales sociosanitarios que se encuentren vigentes al momento de la publicación de los reglamentos señalados en el inciso anterior, con el fin de

incorporar las adecuaciones que sean necesarias para cumplir con la nueva regulación.

Artículo tercero transitorio.- Primera Encuesta Nacional de Salud Mental. El Ministerio de Salud deberá desarrollar la primera Encuesta Nacional de Salud Mental, a la que alude el artículo 10 de esta ley, dentro del plazo de 24 meses desde la publicación de la presente ley.

Artículo cuarto transitorio.- Implementación del mecanismo de monitoreo del gasto en salud mental en el sector salud. Se implementará, de manera progresiva, el mecanismo al que alude el artículo 13 de esta ley de acuerdo con lo que se establezca en la Política Nacional de Salud Mental regulada en su Título III.

Artículo quinto transitorio.- Nuevos contenidos en las mallas de formación de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública. Las modificaciones a las mallas de formación de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública que establece el artículo 22 de esta ley, entrarán en vigencia a partir del segundo año académico que se inicie desde la publicación de la ley.

Artículo sexto transitorio.- Primera sesión del Comité Interministerial de Salud Mental y primera Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción. El Comité Interministerial de Salud Mental, creado por el artículo 26 de esta ley, deberá sesionar, por primera vez, dentro de los seis meses siguientes desde la publicación de la ley.

La primera Política Nacional de Salud Mental deberá ser aprobada dentro del plazo de doce meses contados desde la primera sesión del Comité Interministerial de Salud Mental, y su Plan de Acción deberá ser aprobado dentro de los doce meses siguientes de la aprobación de la Política.

Artículo séptimo transitorio.- Proyección de necesidades de hospitalización psiquiátrica. Durante el segundo año de implementación de esta ley, el Ministerio de Salud realizará un estudio para determinar el estado, brechas y proyección de las necesidades de hospitalización psiquiátrica en la Red Asistencial, así como la propuesta del Plan de Inversiones que surja de los resultados. En dicho estudio igualmente se abordará la hospitalización psiquiátrica judicial. Los resultados del estudio deberán ser publicados en la página web institucional del Ministerio de Salud.

Artículo octavo transitorio.- Plan de Desinstitucionalización. El Ministerio de Salud actualizará el reglamento al que refiere el artículo 27 de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental en los términos señalados en el nuevo inciso segundo del artículo 26 de la misma ley, incorporado por el artículo 29, numeral 11 de la presente ley, en un plazo de doce meses contados desde su

publicación. El Plan de Desinstitucionalización se dictará dentro de los seis meses siguientes a la publicación de la actualización del señalado reglamento.

Artículo noveno transitorio.- Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental y las Comisiones Regionales de Protección Derechos en Salud Mental. Dentro del plazo de doce meses desde la publicación de la presente ley, el Ministerio de Salud dictará el reglamento que establece el nuevo inciso segundo del artículo 29 de ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, incorporado por el numeral 3, letra b) del artículo 31 de la presente ley.

Dentro del plazo de seis meses desde la publicación del indicado reglamento, deberá realizarse la primera sesión de la Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental. Las Comisiones Regionales de Protección de Derechos en Salud Mental sesionaran por primera vez en los plazos que establezca el referido reglamento.

En tanto la Comisión Nacional y las Comisiones Regionales no entren funcionamiento, continuaran funcionando la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y las Comisiones Regionales de Protección, respectivamente, bajo la normativa que se encuentre vigente al momento de la publicación de la presente ley. Durante dicho periodo, las menciones que realice la presente ley a la Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental y a las Comisiones Regionales de Protección en Salud mental, se entenderán efectuadas a la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y las Comisiones Regionales de Protección.

Artículo décimo transitorio.- Plan de fiscalización de la ley N° 21.331. Dentro de los seis meses siguientes a la publicación de la presente ley, la Superintendencia de Salud deberá elaborar y presentar un Plan de Fiscalización de la ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, que podrá considerar encuestas de satisfacción de usuarios y tasas de reclamos, entre otros.

Artículo décimo primero transitorio.- Modificaciones a la ley N° 21.063. Las modificaciones introducidas a la ley N° 21.063 en virtud del artículo 34 de la presente ley, entrarán en vigencia ciento ochenta días después de la publicación de esta ley en el Diario Oficial.

Artículo décimo segundo transitorio.- Norma de imputación de gasto. El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud y en lo que corresponda al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. No obstante, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida

presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

- - -

ACORDADO

Acordado en sesiones celebradas los días **6 de agosto de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), y Sergio Gahona Salazar, **13 de agosto de 2024,** con asistencia de los Honorables Senadores señor Sergio Gahona Salazar (Presidente Accidental), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), **10 de septiembre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), y Sergio Gahona Salazar, **1 de octubre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), **8 de octubre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), **29 de octubre de 2024**, con asistencia de Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), **12 de noviembre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Alejandro Kusanovic Glusevic, **26 de noviembre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores, señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señor Juan Luis Castro González, **3 de diciembre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Sergio Gahona Salazar (Presidente Accidental), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), **10 de diciembre de 2024**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), y Sergio Gahona Salazar, **14 de enero de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señoresJuan Luis Castro González, Sergio Gahona Salazar, y Alejandro Kusanovic Glusevic, **21 de enero de 2025**, con asistencia

de los Honorables Senadores señor Javier Macaya Danús (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán Chahuán (Alejandro Kusanovic Glusevic), y Sergio Gahona Salazar, **18 de junio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Francisco Chahuán Chahuán, **9 de julio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, **22 de julio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Sergio Gahona Salazar, **23 de julio de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, **4 de agosto de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, **5 de agosto de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García (Presidente), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, **6 de agosto de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente Accidental), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, y Sergio Gahona Salazar, **12 de agosto de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Juan Luis Castro González (Presidente Accidental), señora Ximena Ordenes Neira, y señores Francisco Chahuán Chahuán, y Javier Macaya Danús (Sergio Gahona Salazar), **20 de agosto de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señor Iván Flores García, señora Ximena Ordenes Neira, y señores Juan Luis Castro González, y Sergio Gahona Salazar, y **17 de octubre de 2025**, con asistencia de los Honorables Senadores señores Iván Flores García (Presidente), Sergio Gahona Salazar, y Carlos Kuschel Silva (Francisco Chahuán Chahuán).

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, **RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN PRIMER TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE ESTABLECE LA LEY INTEGRAL DE SALUD MENTAL Y MODIFICA LOS CUERPOS LEGALES QUE INDICA (BOLETÍN Nº 17.003-11).**

I. OBJETIVOS DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: Promover y proteger la salud mental y el bienestar de todas las personas durante el desarrollo de sus vidas, con pleno respeto a la dignidad y de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República y en los Tratados internacionales suscritos por Chile.

II. ACUERDOS: aprobado en general y en particular.

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: consta de 34 artículos permanentes y de 12 disposiciones transitorias.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: El artículo 34 permanente del proyecto de ley tiene el carácter de quórum calificado, en virtud de lo dispuesto en el artículo 19 número 18 de la Constitución Política de la República, en relación con el artículo 66, inciso segundo de la misma Carta Fundamental, por incidir en materia de seguridad social.

V. URGENCIA: Suma.

VI. ORIGEN E INICIATIVA: Senado. Mensaje de Su Excelencia el señor Presidente de la República.

VII TRÁMITE CONSTITUCIONAL: primero.

VIII. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO: 25 de julio de 2024.

IX. TRÁMITE REGLAMENTARIO: primero, en general y en particular.

X. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- Constitución Política de la República, artículo 19, en sus números 1 y 9.

- Código Sanitario.

- Código Procesal Penal.

- Ley N° 18.600, que establece normas sobre deficientes mentales.

- Ley N° 19.628, sobre protección de los datos personales, modificada por la ley N° 21.719, que regula la protección y el tratamiento de los datos personales y crea la Agencia de Protección de Datos Personales.

- Ley N° 19.925, sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas.

- Ley N° 19.968, que crea los Tribunales de Familia.

- Ley N° 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana.

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

- Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

- Ley N° 21.063, que crea un seguro para el acompañamiento de niños y niñas que padezcan las enfermedades que indica, y modifica el Código del Trabajo para estos efectos.

- Ley N° 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención en salud mental.

- Ley N° 21.430, sobre garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia.

Valparaíso, a 3 de noviembre de 2025.

Julio Cámara Oyarzo
Abogado Secretario (A) de la Comisión

ÍNDICE

OBJETIVOS DEL PROYECTO 1
CONSTANCIAS 1
NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL 2
ASISTENCIA 2
ANTECEDENTES DE HECHO 5
ASPECTOS CENTRALES DEL DEBATE 6
DISCUSIÓN EN GENERAL 7
DISCUSIÓN EN PARTICULAR 90
TEXTO DEL PROYECTO 168
PROYECTO DE LEY 168
ACORDADO 194
RESUMEN EJECUTIVO 196