

Minuta: Pacientes con Diabetes tipo I

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

La diabetes tipo 1 es una **enfermedad autoinmune crónica** en la que el sistema inmunológico **ataca** por error las **células beta del páncreas**, que son las **encargadas de producir insulina**. La insulina es **una hormona esencial que permite que la glucosa (azúcar) entre en las células para ser utilizada como energía**. Al no producir suficiente insulina, la glucosa se acumula en la sangre, lo que puede provocar altos niveles de azúcar en sangre (**hiperglucemia**).

A diferencia de la diabetes tipo 2, que suele desarrollarse en personas adultas, la **diabetes tipo 1 suele diagnosticarse en niños, adolescentes o adultos jóvenes**. Las personas con esta condición necesitan **inyecciones diarias de insulina** o el uso de una bomba de insulina para controlar sus niveles de glucosa en sangre y evitar complicaciones graves a largo plazo, como problemas cardíacos, renales o nerviosos.

De acuerdo con estudios de la Universidad Católica de la Santísima Concepción (UCSC) cerca del 14% de la población chilena presenta diabetes, lo que representa un problema de salud pública para el país.

- Dato relevante: la Atleta María Ignacia Montt, medallista chilena en Santiago 2023, vive con diabetes tipo 1 y lanzó un documental hace poco más de una semana sobre cómo es convivir con la enfermedad.

Actualmente, la diabetes tipo 1 es parte del GES, es decir, acceden personas beneficiarias o afiliadas Fonasa o Isapres, de cualquier edad con sospecha o diagnóstico de diabetes tipo 1 y que tengan dependencia vital de insulina.

Asimismo, pacientes con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus Tipo 1, que requieren el uso de infusores subcutáneos continuos de insulina, pueden acceder a ellos mediante Ley Ricarte Soto.

Invitados a la sesión:

- Fundación Diabetes Futuro
- Agrupación Diabetes tipo 1, Rengo
- Fundación Mi Diabetes
- Mamás con Diabetes

Una de las demandas más sentidas por estos grupos de interés es integrar **el monitoreo continuo al GES**.

El monitoreo continuo de glucosa (MCG) es una tecnología utilizada en el tratamiento de la diabetes tipo 1 para medir de manera constante los niveles de glucosa en sangre. A diferencia de los medidores tradicionales, que requieren una muestra de sangre obtenida con un pinchazo en el dedo varias veces al día, el MCG utiliza un pequeño sensor que se inserta debajo de la piel y mide la glucosa en el líquido intersticial (el fluido que rodea las células).

Comentarios y posibilidades de intervención

- Tener que pinchar a las personas cada vez que se les quiere medir la glucosa no es calidad de vida, debemos buscar la forma de integrar el monitoreo continuo al GES para entregar dignidad a los pacientes.
- En Chile, los datos relacionados a prevalencia diabetes 1 son escasos, estudios del 2015 señalaban cerca de 14.000 casos, lo cual debe haber aumentado. Si cerca de un 14% de la población chilena tiene algún tipo de diabetes, es momento de preocuparnos y comenzar a elaborar políticas públicas que nos ayuden a prevenir.

Lunes 7 de octubre 2024

Minuta FONASA – Situación de trabajadores

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el organismo del estado que asegura la previsión de salud de la mayoría de la población. Así mismo, la Asociación Nacional de Profesionales y Técnicos de FONASA (ANPTUF) y la Asociación Nacional de Funcionarios de FONASA (ANAFF), son las asociaciones gremiales que representan a la mayoría de los trabajadores de esta repartición del Estado.

El 22 de octubre recién pasado se firmó un protocolo de trabajo por parte de las asociaciones antes mencionadas, incluyendo la firma de la ministra de salud y el director de FONASA. El protocolo abordó 2 temas principales y se llegaron a ciertos acuerdos a propósito de ello.

- 1) **Descanso reparatorio:** Implementado a partir de la promulgación de la ley 21.409 que establece un descanso reparatorio para las trabajadoras y los trabajadores de la salud que indica, en reconocimiento a la labor desempeñada durante la pandemia por COVID-19, no incluye a los trabajadores de FONASA, motivo por el cual los gremios de este servicio público se perciben en desventaja frente a otros que también pertenecen al ministerio.
- 2) **Asignación de fortalecimiento:** Dado el escenario actual, donde tras el fallo de la corte suprema las ISAPRES se han visto fuertemente golpeadas, FONASA ha debido absorber la carga de muchos cotizantes. Esto sumado a que cerca de 1.5 millones de migrantes han llegado en los últimos años al país, y se atienden en la salud pública, está desatando una crisis presupuestaria en dicho organismo.

Acuerdos

El protocolo firmado propone lo siguiente

- 1) Sobre **descanso reparatorio**, el director de FONASA, Camilo Cid¹, está habilitado para explorar su habilitación por la vía administrativa, dado que FONASA no está incluido en la ley del 2022. En la práctica, esto consiste en que se hará una propuesta, la cual será consultada a la CGR para que ésta defina si se podría aplicar o no, puesto que existen algunas posiciones jurídicas que argumentan la viabilidad de tal acción.²

¹ De acuerdo con lo informado por el presidente de la ANPTUFF el director firmó en abril con ellos un compromiso para establecer el descanso reparatorio

² Es poco probable que la Contraloría General de la República tome razón de un acto administrativo de estas características.

- 2) Sobre la **asignación de fortalecimiento**, se establecerá una mesa de trabajo en la que participarán técnicos de MINSAL, FONASA y los gremios ya mencionados (ANAFF y ANPTUFF) donde se buscará elaborar una propuesta para el presupuesto 2026. Tal mesa llevará un cronograma con etapas, hitos y plazos, donde se reportará el cumplimiento en el primer trimestre de 2025.³

Comentarios

Las relaciones entre los directivos de los servicios públicos y los gremios de las instituciones siempre son sumamente complejas. El descanso reparatorio se otorgó a los trabajadores de la salud en 2022 en contexto de pandemia, como un reconocimiento a su labor, sin embargo, los trabajadores de FONASA, a diferencia del personal clínico en general, no se vio tan expuesto a los riesgos de la enfermedad, sin embargo, es poco comprensible que se le haya entregado el beneficio a CENABAST, pero no a ellos.

De acuerdo con información entregada por la ANPTUFF, el ausentismo en su institución es cercano al 14%, y las directrices gubernamentales fueron no otorgar permisos reparatorios a las instituciones cuyo ausentismo fuera mayor al 15%, por lo cual “ellos cumplen este criterio”. Pese a lo anterior, es necesario verificar esa información, pues solo fue informado telefónicamente por el Sr. Felipe Tamayo.

En cuanto al segundo punto, es necesario revisar en profundidad el presupuesto de FONASA, no cabe duda que debería aumentar significativamente, sin embargo, su presupuesto 2024 fue de \$12.758.110.149 (15,9% del presupuesto nacional) y la propuesta actual 2025 es de \$14.027.093.490 (mismo % del presupuesto nacional) lo cual implica un aumento del cercano al 10% respecto del 2024.

El foco entonces debe estar en la gestión presupuestaria de FONASA, una institución que debe pagar por las licencias médicas del personal, pero también asegurar condiciones mínimas de trabajo para sus funcionarios.

29 de octubre de 2024

³ Respecto de este punto, las asociaciones gremiales buscan adelantar la propuesta para incluir la asignación en el presupuesto 2025, sin embargo, de acuerdo con lo informado por la jefa de gabinete del MINSAL esto es sumamente complicado porque existen otros gremios del sector que ya tienen iniciativas presupuestarias avanzadas (la modificación de los DFL de Salud Pública, Redes y CENABAST, por ejemplo). En otras palabras, ceder ante la presión de la ANPTUFF y la ANAFF les tensiona la relación con otros gremios, por lo cual su estrategia sería que estos dos gremios canalicen sus inquietudes en la negociación de la mesa del sector público junto a los otros gremios como la ANEF.

Ley Integral de Salud Mental

Senadora Ximena Órdenes N
Asesor Pablo Flores U

**Boletín N° 17003-11.
Iniciativa en el ejecutivo.**

El PDL se ha tratado ya en 3 reuniones. Hoy asiste director de FONASA, director del Hospital Psiquiátrico y la directora del observatorio de salud mental Chile.

La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad»

Resumen de contenido y actuación del PDL

De acuerdo con el mensaje presidencial 145-362, el proyecto modifica los siguientes (5) cuerpos legales:

Ley N°21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental **2021¹**

Código Sanitario **1967***

Ley N°20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud **2012***

Ley N°18.600 Establece Normas Sobre Deficientes Mentales **1987***

Ley N° 19.925 Sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas **2004***

Por otro lado, acorde al Informe Financiero (IF) se introducen modificaciones a al menos 6 ministerios, el Servicio Nacional de Protección Especializada de la Niñez y la Adolescencia, las Corporaciones Judiciales y las Fuerzas de Orden y Seguridad Públicas.

Las modificaciones antes mencionadas apuntan a

Ministerios implicados:

1. Salud
2. Educación
3. Trabajo y Previsión Social
4. Vivienda y Urbanismo
5. Desarrollo Social y Familia
6. Justicia y DD.HH
7. Ministerio encargado de la Seguridad Pública (en trámite).

El mismo documento señala que el proyecto en general contempla la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción. Tal política será creada por un comité interministerial e irrogará un gasto de M\$2.865.872 en su implementación, lo cual incluye la creación de cargos públicos en las instituciones antes mencionadas para su ejecución.

¹ Son los años de aprobación o publicación de tales cuerpos legales

De acuerdo con el mensaje presidencial, el PDL puede ser resumido en los siguientes puntos:

1. Resguardo de la salud mental de la población

Busca promover y proteger la salud mental y bienestar de todas las personas durante el desarrollo de su vida, con pleno respeto a la dignidad y de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República y los Tratados Internacionales suscritos por Chile.

2. Principios transversales de protección a la salud mental

Se reconoce que el principio rector en la aplicación e interpretación de la presente ley son los derechos fundamentales de las personas. Además, se establece que aplicarán los principios consagrados en el artículo 3 de la ley N° 21.331 y los principios de cooperación, coordinación, igualdad de derechos y equidad de género, participación y diálogo social y trato paritario, consagrados en el artículo 3 del proyecto de ley.

3. Acciones del Estado y sus organismos para la promoción y protección de la salud mental

Se establecen deberes generales del Estado para 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. Además, se incorporan medidas intersectoriales de promoción y protección de la salud mental en diversos sectores, estableciendo deberes específicos para los Ministerios implicados.

4. Cuidados de salud mental de tipo sanitario y sociosanitario

Se reconoce que los cuidados de salud mental pueden ser de tipo **sanitario o sociosanitario**. Mientras que los primeros se proveen en servicios ambulatorios u hospitalarios integrados a la Red Nacional de los Servicios de Salud, los segundos se otorgan en **residencias sociosanitarias** que brindan cuidados en salud mental.

Respecto de estas últimas, el PDL incorpora la exigencia de requisitos mínimos para su instalación y funcionamiento, los que serán determinados tanto por el Ministerio de Salud, como el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

5. Derecho a la atención preferente en las Corporaciones de Asistencia Judicial (CAJ)

Para las personas con discapacidad psíquica o intelectual en los procedimientos relacionados con el ejercicio de sus derechos y en los procedimientos ante Tribunales de Familia por hospitalización involuntaria.

6. Nueva institucionalidad destinada a promover y proteger la salud mental

Para crear las condiciones necesarias de protección y promoción de la salud mental, se crea un marco institucional compuesto por:

(i) **La Política Nacional de Salud Mental**, que contendrá un diagnóstico de la población y establecerá los objetivos y lineamientos que deberá seguir el Estado para la debida promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

(ii) **El Plan de Acción Interministerial de Salud Mental**, que contendrá las acciones específicas que los órganos del Estado deberán ejecutar para dar cumplimiento a los objetivos y lineamientos establecidos en la Política.

(iii) **El Comité Interministerial de Salud Mental**, cuya función principal será elaborar la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción, y estará integrado por diez Ministerios, siendo presidido por el ministro o ministra de Salud.

Asimismo, se perfecciona la regulación de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y sus Comisiones Regionales, que pasan a denominarse Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental y Comisiones Regionales de Protección de Derechos en Salud Mental, respectivamente. En particular, se delimitan sus funciones, aclarando que **a la Comisión Nacional le corresponde asesorar a la autoridad y a las Comisiones Regionales otorgar atención y orientación a las personas usuarias.**

7. Atributos especiales de los servicios asistenciales de salud mental

Se establece que los cuidados de salud mental deberán integrarse con otras prestaciones de salud en todos los niveles de atención, teniendo especial consideración las características de cada territorio y su población.

Del mismo modo, se preceptúa que el Sistema Nacional de Servicios de Salud dispondrá de un conjunto de prestaciones para el cuidado de la salud mental en todas las etapas de la vida. En este contexto, se reconocen para los distintos niveles de atención, los atributos y características con que deben contar los servicios asistenciales de salud mental, los que se regirán por las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud.

8. Reforzamiento del derecho de las personas a tomar sus propias decisiones en materia de salud mental

Se introducen modificaciones legales que buscan reforzar el derecho de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental a decidir en aspectos relacionados con su salud. En este sentido:

(i) Se perfeccionan las reglas sobre el consentimiento libre e informado, contenidas en la ley N° 21.331.

(ii) Se suprimen las reglas de curaduría provisoria de bienes de las personas hospitalizadas en establecimientos psiquiátricos contenidas en el Código Sanitario.

(iii) Se elimina la calidad de reservado de los libros, fichas clínicas y documentos que se encuentren en los establecimientos psiquiátricos.

(iv) Se suprime la posibilidad de aplicar tratamientos invasivos o irreversibles sin el consentimiento de la persona, pero con el informe favorable del comité de ética.

9. Sistematización de las normas sobre hospitalización psiquiátrica

Con el objeto de otorgar mayor claridad a los operadores del sistema, se sistematizan las normas sobre hospitalización psiquiátrica que, actualmente, se encuentran distribuidas tanto en la ley N° 21.331, como en el Código Sanitario. Además, se eliminan las normas sobre hospitalización psiquiátrica contenidas en la ley N° 19.925.

10. Plan de Desinstitucionalización

Complementando los avances incorporados por 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 tendrá por objeto diseñar el proceso de cierre o transformación de los establecimientos psiquiátricos asilares o de atención segregada en salud mental, de manera de garantizar el derecho a la vida independiente y en comunidad de las personas. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud contendrá las reglas que regularán dichos procesos.

11. Facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud

Se aclara que la Superintendencia de Salud fiscalizará el cumplimiento de la ley N° 21.331, en los mismos términos que los señalados en la ley N° 20.584.

12. Actualización de la ley N° 18.660

Se modifica el nombre de la ley N° 18.660 y se suprimen algunos artículos por considerar que se utiliza términos obsoletos y discriminatorios. Además, se adecúa la definición de “persona con discapacidad” y la manera de calificarla y acreditarla, haciéndola concordante con la ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

Comentarios

De acuerdo con el [Termómetro de salud mental de la Universidad Católica, uno de cada cuatro chilenos presenta síntomas de ansiedad](#), un 25% de la población chilena presenta síntomas de ansiedad.

De acuerdo con los datos del estudio, un 57,1% de quienes reportaron síntomas de ansiedad manifestaron haber tenido necesidad de consultar a un profesional de salud mental en el último año. Un 44% logró realizar esa consulta en los últimos doce meses y actualmente el 23% se encuentra en tratamiento.

El mismo estudio informa que el 13.1% de los consultados reporta síntomas de depresión. Por otro lado, de acuerdo con la OMS, la tasa de enfermedades mentales en Chile es de 23,6%, según cifras de la Encuesta Nacional de Salud al 2022.

El proyecto se observa en general como un cambio al sistema en su conjunto al intentar equiparar la salud mental con la física en cuanto a su relevancia. Su perspectiva integral es sumamente relevante, pues el problema público se aborda transversalmente.

La consideración estructural al decidir modificar todos los cuerpos legales que modifica asegura la multiplicidad de perspectivas, obligando a colaborar entre ellos no solo a los ministerios y servicios públicos mencionados, sino también al poder judicial en el ámbito de las personas inimputables que requieren atención de salud mental.

Por otro lado, la arista de las residencias sociosanitarias, es muy bien tratada de forma multidisciplinaria, dado que quienes son asistidos en tales residencias no sólo requieren atención en salud, sino también colaboración social para su reinserción.

El proyecto también apunta a disminuir la estigmatización de las personas con problemas de salud mental y toma en cuenta la demencia senil dentro de sus objetivos, abriendo el camino hacia la creación de establecimientos públicos asilares, dado que actualmente no existen en el país.

La propuesta de atención ambulatoria y domiciliaria de salud mental establecida en título IV del proyecto de ley del ejecutivo es una propuesta en línea con recomendaciones internacionales. Se propone como la consecuencia lógica tras el avance hacia la desinstitucionalización que el mismo proyecto de ley propone.

Es importante escuchar la posición de los invitados de hoy en la medida que la desinstitucionalización impulsada por el proyecto les afecta directamente.

Invitados a la sesión:

Director Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak

El sr. Juan Maass dirige en la actualidad el popularmente conocido “psiquiátrico”. Éste es un Instituto público de psiquiatría y salud mental de mediana y alta complejidad, el más antiguo del país, cuyo origen data de 1852 en el Barrio Yungay, denominándose “Casa de Orates de Nuestra Señora de Los ángeles”.

De acuerdo con información de su página web, es importante destacar la transformación del Instituto Psiquiátrico en lo que se refiere a los antiguos departamentos asilares de pacientes crónicos, que entre los años sesenta y setenta llegaban a más de 2000 personas.

En 1994, se decidió no ingresar nuevos pacientes a los departamentos de larga Estadía y comenzar a implementar la Red de Hogares Protegidos para pacientes de Larga Estadía (antiguamente llamados crónicos) y Pacientes Forenses, contando en la actualidad con 69 pacientes Larga Estadía y 249 pacientes en Hogares y Residencias Protegidas.

Hoy en día el instituto es referente nacional en Psiquiatría y Salud Mental, tanto en lo clínico como en la formación de especialistas, realizando investigación y extensión para el desarrollo de la especialidad.

Directora Observatorio de Salud Mental Chile

Danae Cerda dirige esta organización que busca promover y proporcionar programas de prevención y mejora continua de la salud mental infanto-adolescente en los establecimientos educacionales de la nación. Asimismo, la organización propone prevenir y mitigar los riesgos de salud mental y atención con enfoque propio a pacientes adultos, adolescentes y niños. También posee profesionales para brindar atención de salud mental.

Martes 01/10/24

Ley Integral de Salud Mental

Senadora Ximena Órdenes N
Asesor Pablo Flores U

Boletín N° 17003-11
Iniciativa en el ejecutivo

El PDL se ha tratado ya en 5 sesiones de comisión. Hoy asiste el director del Instituto Iberoamericano de Reducción de Daños, Sr. Pablo Egenau, la presidenta de la Sociedad Chilena de Salud Mental (SOCHISAM), Sra. Paola González, y el director de la Corporación de Familiares, Amigos y Personas en Situación de Discapacidad Psíquica de Chile (CORFADICH) Sr. Eduardo Toro.

La OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad»

Resumen de contenido y actuación del PDL

De acuerdo con el mensaje presidencial 145-362, el proyecto modifica los siguientes (5) cuerpos legales:

Ley N°21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental **2021**¹

Código Sanitario **1967***

Ley N°20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud **2012***

Ley N°18.600 Establece Normas Sobre Deficientes Mentales **1987***

Ley N° 19.925 Sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas **2004***

Por otro lado, acorde al Informe Financiero (IF) se introducen modificaciones a al menos 6 ministerios, el Servicio Nacional de Protección Especializada de la Niñez y la Adolescencia, las Corporaciones Judiciales y las Fuerzas de Orden y Seguridad Públicas.

Ministerios implicados:

1. Salud
2. Educación
3. Trabajo y Previsión Social
4. Vivienda y Urbanismo
5. Desarrollo Social y Familia
6. Justicia y DD.HH
7. Ministerio encargado de la Seguridad Pública (en trámite).

El mismo documento señala que el proyecto en general contempla la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción. Tal política será creada por un comité interministerial e irrogará un gasto de M\$2.865.872 en su implementación, lo cual incluye la creación de cargos públicos en las instituciones antes mencionadas para su ejecución.

¹ Son los años de aprobación o publicación de tales cuerpos legales

De acuerdo con el mensaje presidencial, el PDL puede ser resumido en los siguientes puntos:

1. Resguardo de la salud mental de la población

Busca promover y proteger la salud mental y bienestar de todas las personas durante el desarrollo de su vida, con pleno respeto a la dignidad y de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Política de la República y los Tratados Internacionales suscritos por Chile.

2. Principios transversales de protección a la salud mental

Se reconoce que el principio rector en la aplicación e interpretación de la presente ley son los derechos fundamentales de las personas. Además, se establece que aplicarán los principios consagrados en el artículo 3 de la ley N° 21.331 y los principios de cooperación, coordinación, igualdad de derechos y equidad de género, participación y diálogo social y trato paritario, consagrados en el artículo 3 del proyecto de ley.

3. Acciones del Estado y sus organismos para la promoción y protección de la salud mental

Se establecen deberes generales del Estado para 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. Además, se incorporan medidas intersectoriales de promoción y protección de la salud mental en diversos sectores, estableciendo deberes específicos para los Ministerios implicados.

4. Cuidados de salud mental de tipo sanitario y sociosanitario

Se reconoce que los cuidados de salud mental pueden ser de tipo **sanitario o sociosanitario**. Mientras que los primeros se proveen en servicios ambulatorios u hospitalarios integrados a la Red Nacional de los Servicios de Salud, los segundos se otorgan en **residencias sociosanitarias** que brindan cuidados en salud mental.

Respecto de estas últimas, el PDL incorpora la exigencia de requisitos mínimos para su instalación y funcionamiento, los que serán determinados tanto por el Ministerio de Salud, como el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

5. Derecho a la atención preferente en las Corporaciones de Asistencia Judicial (CAJ)

Para las personas con discapacidad psíquica o intelectual en los procedimientos relacionados con el ejercicio de sus derechos y en los procedimientos ante Tribunales de Familia por hospitalización involuntaria.

6. Nueva institucionalidad destinada a promover y proteger la salud mental

Para crear las condiciones necesarias de protección y promoción de la salud mental, se crea un marco institucional compuesto por:

(i) **La Política Nacional de Salud Mental**, que contendrá un diagnóstico de la población y establecerá los objetivos y lineamientos que deberá seguir el Estado para la debida promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental.

(ii) **El Plan de Acción Interministerial de Salud Mental**, que contendrá las acciones específicas que los órganos del Estado deberán ejecutar para dar cumplimiento a los objetivos y lineamientos establecidos en la Política.

(iii) **El Comité Interministerial de Salud Mental**, cuya función principal será elaborar la Política Nacional de Salud Mental y su Plan de Acción, y estará integrado por diez Ministerios, siendo presidido por el ministro o ministra de Salud.

Asimismo, se perfecciona la regulación de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y sus Comisiones Regionales, que pasan a denominarse Comisión Nacional de Protección de Derechos en Salud Mental y Comisiones Regionales de Protección de Derechos en Salud Mental, respectivamente. En particular, se delimitan sus funciones, aclarando que **a la Comisión Nacional le corresponde asesorar a la autoridad y a las Comisiones Regionales otorgar atención y orientación a las personas usuarias.**

7. Atributos especiales de los servicios asistenciales de salud mental

Se establece que los cuidados de salud mental deberán integrarse con otras prestaciones de salud en todos los niveles de atención, teniendo especial consideración las características de cada territorio y su población.

Del mismo modo, se preceptúa que el Sistema Nacional de Servicios de Salud dispondrá de un conjunto de prestaciones para el cuidado de la salud mental en todas las etapas de la vida. En este contexto, se reconocen para los distintos niveles de atención, los atributos y características con que deben contar los servicios asistenciales de salud mental, los que se regirán por las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud.

8. Reforzamiento del derecho de las personas a tomar sus propias decisiones en materia de salud mental

Se introducen modificaciones legales que buscan reforzar el derecho de las personas con enfermedades o trastornos de salud mental a decidir en aspectos relacionados con su salud. En este sentido:

(i) Se perfeccionan las reglas sobre el consentimiento libre e informado, contenidas en la ley N° 21.331.

(ii) Se suprimen las reglas de curaduría provisoria de bienes de las personas hospitalizadas en establecimientos psiquiátricos contenidas en el Código Sanitario.

(iii) Se elimina la calidad de reservado de los libros, fichas clínicas y documentos que se encuentren en los establecimientos psiquiátricos.

(iv) Se suprime la posibilidad de aplicar tratamientos invasivos o irreversibles sin el consentimiento de la persona, pero con el informe favorable del comité de ética.

9. Sistematización de las normas sobre hospitalización psiquiátrica

Con el objeto de otorgar mayor claridad a los operadores del sistema, se sistematizan las normas sobre hospitalización psiquiátrica que, actualmente, se encuentran distribuidas tanto en la ley N° 21.331, como en el Código Sanitario. Además, se eliminan las normas sobre hospitalización psiquiátrica contenidas en la ley N° 19.925.

10. Plan de Desinstitucionalización

Complementando los avances incorporados por 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 tendrá por objeto diseñar el proceso de cierre o transformación de los establecimientos psiquiátricos asilares o de atención segregada en salud mental, de manera de garantizar el derecho a la vida independiente y en comunidad de las personas. Un reglamento dictado por el Ministerio de Salud contendrá las reglas que regularán dichos procesos.

11. Facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Salud

Se aclara que la Superintendencia de Salud fiscalizará el cumplimiento de la ley N° 21.331, en los mismos términos que los señalados en la ley N° 20.584.

12. Actualización de la ley N° 18.660

Se modifica el nombre de la ley N° 18.660 y se suprimen algunos artículos por considerar que se utiliza términos obsoletos y discriminatorios. Además, se adecúa la definición de “persona con discapacidad” y la manera de calificarla y acreditarla, haciéndola concordante con la ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

Comentarios

De acuerdo con el [Termómetro de salud mental de la Universidad Católica, uno de cada cuatro chilenos presenta síntomas de ansiedad](#), un 25% de la población chilena presenta síntomas de ansiedad.

De acuerdo con los datos del estudio, un 57,1% de quienes reportaron síntomas de ansiedad manifestaron haber tenido necesidad de consultar a un profesional de salud mental en el último año. Un 44% logró realizar esa consulta en los últimos doce meses y actualmente el 23% se encuentra en tratamiento.

El mismo estudio informa que el 13.1% de los consultados reporta síntomas de depresión. Por otro lado, de acuerdo con la OMS, la tasa de enfermedades mentales en Chile es de 23,6%, según cifras de la Encuesta Nacional de Salud al 2022.

El proyecto se observa en general como un cambio al sistema en su conjunto al intentar equiparar la salud mental con la física en cuanto a su relevancia. Su perspectiva integral es sumamente importante, pues el problema público se aborda transversalmente.

La consideración estructural al decidir modificar todos los cuerpos legales que modifica asegura la multiplicidad de perspectivas, obligando a colaborar entre ellos no solo a los ministerios y servicios públicos mencionados, sino también al poder judicial en el ámbito de las personas inimputables que requieren atención de salud mental.

Por otro lado, la arista de las residencias sociosanitarias, es muy bien tratada de forma multidisciplinaria, dado que quienes son asistidos en tales residencias no sólo requieren atención en salud, sino también colaboración social para su reinserción.

El proyecto también apunta a disminuir la estigmatización de las personas con problemas de salud mental y toma en cuenta la demencia senil dentro de sus objetivos, abriendo el camino hacia la creación de establecimientos públicos asilares, dado que actualmente no existen en el país con las características que se proponen.

La propuesta de atención ambulatoria y domiciliaria de salud mental establecida en título IV del proyecto de ley del ejecutivo es una propuesta en línea con recomendaciones internacionales. Se propone como la consecuencia lógica tras el avance hacia la desinstitucionalización que el mismo proyecto de ley propone.

Respecto de la desinstitucionalización, es importante considerar que existe cierta controversia y contraposición entre los paradigmas biopsicosociales y los biomédicos. Al efecto, el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, que tiene su base en el paradigma biopsicosocial, se describe como:

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (Servicio Metropolitano Sur Oriente, 2019)

Por otro lado, el paradigma biomédico, propone que los usuarios de la red de salud deben ingresar a los centros de atención, ya sea abierta o cerrada, para luego sanar de manera “lineal”. De esta forma, los profesionales de la salud mental, en su formación académica, suelen adquirir herramientas para la aplicación de este modelo más que el de Salud Integral Familiar y Comunitaria, lo cual produce un desajuste

entre las competencias adquiridas y lo que exige el actual modelo de salud mental chileno y que pretende profundizar este proyecto de ley².

Director del Instituto Iberoamericano de Reducción de Daños

El Instituto Iberoamericano de Reducción de Daños es una organización que se centra en la promoción de estrategias y políticas orientadas a reducir los daños asociados al **consumo de drogas**, tanto en términos de salud pública como en el ámbito social. Este enfoque de reducción de daños busca minimizar las consecuencias negativas del consumo de sustancias psicoactivas, reconociendo que, aunque no todas las personas pueden o quieren dejar de consumir, se pueden adoptar medidas para reducir riesgos como la transmisión de enfermedades, sobredosis, o estigmatización.

El instituto trabaja en la creación y difusión de conocimiento, investigación, y capacitación para profesionales de la salud, así como en la defensa de los derechos humanos de las personas que usan drogas. Además, fomenta la cooperación internacional, especialmente entre los países de Iberoamérica, para implementar programas basados en evidencia científica que mejoren las condiciones de vida de las poblaciones vulnerables y promuevan un enfoque más humanitario y efectivo en el manejo del consumo de drogas.

Dado que el proyecto de ley presentado por el ejecutivo considera la dependencia del alcohol y otras drogas como un problema de salud mental, el Sr. Pablo Egenau puede criticar con conocimiento de causa esta arista de la iniciativa.

Sociedad Chilena de Salud Mental

La Sociedad Chilena de Salud Mental, es una agrupación de carácter científico, que convoca a los profesionales que trabajan y se desarrollan en la Psiquiatría y Salud Mental. Tiene por objetivo el estudio, investigación, difusión y desarrollo de las diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud mental.

Es una corporación privada sin fines de lucro. Fue creada en 1983 y obtuvo su personalidad jurídica el 29 de octubre de 1985, con el número 1012/85 del Ministerio de Justicia de Chile. Sus estatutos, aprobados con la misma fecha.

Esta entidad científica fue creada al alero del actual Instituto Psiquiátrico “Dr. José Horwitz Barak”, entonces el Hospital Psiquiátrico de Santiago, lo que explica que su sede esté cobijada en el interior de este Establecimiento y que su domicilio oficial sea la Comuna de Recoleta de la Región Metropolitana.

² Posibilidad de intervención: Este proyecto es bastante prometedor y puede equiparar la salud física con la mental en Chile, sin embargo, si nuestros profesionales de la salud mental siguen formándose en el paradigma biomédico, es poco probable que apliquen el enfoque biopsicosocial a sus usuarios o pacientes. En otras palabras, es necesario buscar mecanismos para que el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria sea comprendido a cabalidad por parte de psicólogos y psiquiatras desde el principio de su formación académica, lo cual podría ser incorporado a este proyecto de ley.

Corporación de Familiares, Amigos y Personas en Situación de Discapacidad Psíquica de Chile (CORFADICH)

COEFADICH es una corporación cuyo propósito principal es la defensa y promoción de los derechos de las personas en situación de discapacidad psíquica para contribuir a su bienestar, rehabilitación y máximo desarrollo, con miras a lograr su plena inclusión social.

Fundada en el año 2009, trabaja al alero del Hospital Psiquiátrico Dr. Horwitz. Sus planteamientos y opiniones respecto de la Ley Integral de Salud Mental son sumamente relevantes, pues son quienes pueden entregar una mirada crítica desde el punto de vista de los usuarios de las instituciones de salud mental del país, evaluando los distintos elementos que la componen en tales materias.

Martes 29 de octubre 2024

Listas de Espera en Hospital Sótero del Río

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

Expone: Director (s) Hospital Sótero del Río – **Sergio Báez Vallejos**

Para comenzar es importante recordar que, en términos generales, el MINSAL concibe la lista de espera como “(...) aquella lista de enfermos a los que el médico u otro profesional habilitado ha indicado una intervención de cualquier tipo y que, por razones ajenas a la voluntad del enfermo, tienen que esperar para ser atendidos” (MINSAL, 2023).

Dicho lo anterior, respecto de las listas de espera, es bueno tener en consideración la siguiente clasificación:

Lista de espera para prestaciones quirúrgicas NO GES (SIGTE)	Incumplimiento de Garantías de Oportunidad patologías GES quirúrgicas (SIGGES)
Lista de espera para prestaciones NO GES y NO quirúrgica (SIGTE)	Incumplimiento de Garantía de Oportunidad patologías GES NO quirúrgicas (SIGGES)

Sótero del Río

El Complejo Hospitalario Sótero del Río (CASR) es el hospital base del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, ubicado en Puente Alto, atiende directamente a 7 comunas de la Región Metropolitana con una población cercana a 1.5 millones de personas.

El 15 de mayo del presente año se transmitió en Teletrece un reportaje que anunció que se “eliminaron” masivamente cerca de 300mil interconsultas de listas de espera GES y No GES de forma arbitraria. De acuerdo con el reportaje, algunas eliminaciones fueron llevadas a cabo bajo la causal de “inasistencia”, sin embargo, no se informó a los pacientes.

Cabe destacar que esas 300 mil interconsultas no necesariamente indican el mismo número de pacientes, pues una misma persona puede tener 2 o más interconsultas. Asimismo, el director de la época, Luis Arteaga, señaló en el reportaje que algunas de las interconsultas estaban duplicadas.¹

En el mismo sentido, Radio UChile indica lo siguiente: “Las principales razones de esta eliminación tienen que ver con que las atenciones ya se habían realizado (92.910), porque el paciente no asistía (56.213), porque había un error de digitación (48.609) o porque estaba

¹ Es de suma importancia consultar el estado de los sumarios administrativos que se abrieron a propósito de la situación.

duplicada (16.059)". Sin embargo, tales números no logran explicar satisfactoriamente la situación, pues el mismo medio señala que 250.543 fueron egresadas de forma "automatizada o masiva" durante sólo un día: el 7 de junio de 2023.

Por último, cabe destacar que el CASR, al igual que muchos otros complejos hospitalarios, utiliza un sistema de gestión de lista de espera interna distinto del SIGTE y SIGGES, lo cual dificulta la interoperabilidad del sistema.

Comentarios y sugerencias de intervención

- El Sótero del Río es uno de los hospitales de alta complejidad más grandes del país, se requiere que los tiempos de espera disminuyan para que las personas reciban una atención oportuna, pero no se pueden acortar artificialmente las listas de espera, si queremos que la ciudadanía confíe en nuestras instituciones, debemos ser profesionales
- La responsabilidad de esto recae en las autoridades que, por acción u omisión, permitieron la situación. ¿Cómo es posible que tras esta evidente falta a la probidad el ex director Luis Arteaga ahora sea quien dirige el Centro de Responsabilidad del Adulto en el establecimiento?
- Es urgente unificar los sistemas de listas de espera, no puede ser que existan tantas diferencias entre establecimientos. La modernización del Estado debe hacerse presente en toda y cada una de las instituciones de salud, ya sea primaria, secundaria o terciaria.

Lunes 7 de octubre 2024

Minuta: Ejecución presupuestaria Salud 2024

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

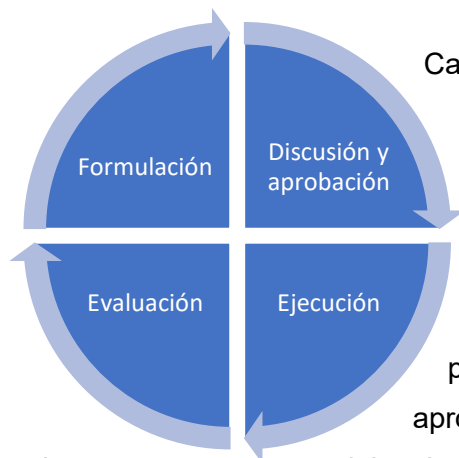
El presente documento es una guía de apoyo para la presentación que realizará la directora de la Presupuestos (Ministerio de Hacienda) ante la comisión para referirse a la presupuestaria del Ministerio de Salud 2024, específicamente del Hospital Van Buren de Valparaíso; la Ley Ricarte Soto y Salud Mental.

Invitados a la sesión

Ministra de Salud	Directora Hospital Van Buren
Director Sótero del Río	Colegio Médico de Chile – Valparaíso
Fundación Hospital Panguipulli	CONFEDERUSS
ASENF Van Buren – FENASENF	FENPRUSS
FENATS	CUT

Ciclo presupuestario

La ejecución presupuestaria del Estado, que se desarrolla en un año calendario, es una parte del ciclo presupuestario de cada institución. Este ciclo está compuesto por 4 etapas, tal como se muestra en el esquema:



Cada institución tiene el deber de gestionar sus recursos, cumpliendo los principios de eficiencia, eficacia y transparencia de la Ley Orgánica Constitucional de las Bases Generales de la Administración del Estado (LOCBGAE) pero Hacienda, mediante la DIPRES controla las transferencias de recursos según las partidas, capítulos y programas de la ley vigente aprobada. Este ciclo se replica a distintos niveles, pues

cada ministerio tiene su planificación, pero también cada servicio público, en este caso, cada servicio de salud y cada hospital, dependiendo de las particularidades administrativas y financieras de la institución.

La importancia del ciclo radica en que todo presupuesto debe cuadrar, vale decir, todo ingreso y gasto debe ser justificado, manteniendo el equilibrio. En otras palabras, siempre

se privilegia una ejecución del 100%, sin embargo, esto debe ser idealmente exacto. Una sobre ejecución indica una gestión presupuestaria deficiente, al igual que una sub ejecución, pues el Estado no tiene fines de lucro.

El MINSAL en sesiones anteriores se ha referido a un aumento de productividad como explicación para la sobre ejecución, sin embargo, gastar más de lo planificado no sólo constituye una violación a la ley que se aprueba todos los años, sino que produce deudas que aumentan en el tiempo, donde los proveedores pueden incluso demandar al Estado, disminuyendo la capacidad financiera de este.

Como se observa en la figura, las etapas están entrelazadas entre sí, por lo cual es difícil detectar en qué punto en específico falla el ciclo, sin embargo, el objeto de este análisis apunta a comprender a cabalidad el problema de gestión presupuestaria en salud. Respecto de ello, es necesario destacar que lamentablemente existe la tendencia a maquillar el presupuesto del año y proponer el mismo para el año siguiente, lo cual hace que las deudas se arrastren y la etapa de evaluación no incida en nada¹, perpetuando entonces la creencia de que el Estado es un mal administrador.

Hospitales Autogestionados

Existen diversas fórmulas de financiamiento en la salud pública, algunas instituciones reciben aportes ministeriales, otras municipales, e inclusive algunas de parte de los gobiernos regionales, sin embargo, el Sótero del Río y el Van Buren, tienen la particularidad de ser autogestionados, lo cual quiere decir que, si bien son supervigilados en términos político-administrativos por los Servicios de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) y SS Valparaíso – San Antonio respectivamente, sus equipos directivos tienen mayor responsabilidad administrativa en la medida que no dependen directamente de forma jerárquica de sus respectivos servicios.

Lo anterior no significa que tales hospitales no reciban aportes directos de las arcas fiscales, pero permite al menos sospechar que, no han gestionado correctamente sus recursos,

¹ Sería interesante consultar sobre este punto a los directores de los hospitales ¿Cuáles han sido las medidas que se han tomado para autogestionar correctamente las deudas, por qué llevan tanto tiempo arrastrándose?

frente a lo cual el MINSAL debe financiar los gastos operacionales mientras no se apruebe la nueva ley presupuestaria, sin embargo, las autorizaciones para realizar las transacciones pasan por la DIPRES, y el control de legalidad de la CGR, quienes tienen el control de los gastos del Estado en general.²

La urgencia de la situación actual plantea que se hagan las reasignaciones presupuestarias correspondientes de la forma más oportuna posible, agilizando los procedimientos para que las listas de espera no se abulten aún más de lo que están, sin embargo, se debe exigir responsabilidad fiscal a quienes administran el patrimonio del Estado.

Productividad vs Presupuesto

Este problema público se presenta en todas y cada una de las reparticiones del Estado, sin embargo, es especialmente relevante en los hospitales, ya sea autogestionados o no, pues se les exige acabar con las listas de espera y entregar más y mejores prestaciones, para lo cual algunas instituciones recurren al endeudamiento.

Al respecto, una nota de prensa en la página del colegio médico³ señala que “COLMED, Colegios Profesionales, gremios de la salud y parlamentarios emplazan al gobierno por déficit presupuestario del sector debido a la compleja situación que atraviesan hospitales públicos, consultorios y Cesfam. Los diversos actores de la salud llamaron a las autoridades de Hacienda a entregar mayores recursos para que se mantenga el funcionamiento de los establecimientos y continuar con la atención del 85% de la población que está en el sistema público.”

Es claro que el contexto es la discusión del presupuesto 2025, sin embargo, es necesario exigir también mayor responsabilidad fiscal. Sobre lo mismo, es necesario recalcar que una de las causas principales del déficit que enfrenta la salud pública está relacionada con el ausentismo laboral. De acuerdo con el Centro Latinoamericano de Políticas Económicas y Sociales (CLAPES) de la Universidad Católica “Salud destaca por sobre el resto de las

² Vale la pena comentar sobre esto en la discusión, sin embargo, dada la sensibilidad del asunto de la responsabilidad sobre la mala administración financiera, es probable que “todos se tiren la pelota” ¿Quién debe responder porque “no alcancen los dineros”? ¿MINSAL, la DIPRES, o las subdirecciones administrativas de los hospitales?

³ Con fecha 4 de octubre 2024

entidades públicas, con un nivel de ausentismo de 42,9 días promedio por trabajador en 2022, un incremento de 12 días respecto al 2018.”, por lo cual “La reducción del nivel de ausentismo laboral en el sector público es una de las prioridades que definieron el Ministerio de Hacienda y la Dirección de Presupuestos (Dipres) de cara al diseño del erario fiscal para el 2025”⁴

Cuando un trabajador de la salud pública presenta una licencia médica, a diferencia del privado, la institución sigue pagando las remuneraciones, para que luego, en un proceso que se denuncia como lento y engorroso, FONASA reembolse los montos. Pese a lo anterior, se han detectado sistemáticamente varios casos en que trabajadores presentan licencias, los hospitales las pagan, y luego, cuando son rechazadas, se ordena el reintegro de los montos por parte de trabajadores, pero ya se fugaron los recursos, dado que los hospitales contratan reemplazos o realizan compras de servicios mediante tratos directos para mantener la operatividad.

El problema de fondo es complejo, no se pueden detener las prestaciones, pero tampoco se puede aumentar eternamente la deuda, por lo cual el llamado es a que la DIPRES entregue los fondos necesarios para el funcionamiento óptimo, pero también a que los equipos directivos de los hospitales se comprometan a dar cumplimiento al ciclo presupuestario, planificando y ejecutando sin endeudarse.

Datos sobre la Gestión Financiera en Salud

- De acuerdo con lo señalado en distintos medios, el Hospital Carlos Van Buren adeuda más de **10 mil millones desde el 2021**. La ministra de Salud, apuntó que al tener una deuda de arrastre se les han bloqueado compras a proveedores.⁵
- Por su parte, el director del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA), Cristián Gálvez, aseguró que "estamos ordenando la casa". "En el Hospital Carlos Van Buren, hoy día su funcionamiento se ha restablecido. Las cirugías que fueron

⁴ Nota publicada en mayo 2024

⁵ De acuerdo con declaraciones en programa Estado Nacional fecha 6 de octubre de 2024

suspendidas se están reprogramando”⁶

- Según la ley de presupuestos 2024, el MINSAL dispone de un total de **\$14.464.864 MM de pesos** para ser ejecutados durante el año calendario.
- De acuerdo con la web <https://presupuestoabierto.gob.cl/> la ejecución presupuestaria del MINSAL al 31 de agosto 2024 fue de **\$10.696.371 MM de pesos**, lo cual significa cerca del **74%** del presupuesto anual
- Respecto del **Hospital Van Buren**, a la misma fecha (que es lo mas actual disponible en la web) se habían ejecutado **\$94.219 MM** de pesos. Como referencia, el total ejecutado para el año 2023, fue de **\$131.112 MM** de pesos.⁷
- Sobre **el Hospital Sótero del río**, datos de la misma fecha indican que su presupuesto ejecutado corresponde a **\$191.514 MM** de pesos. Mientras que el presupuesto total ejecutado en el ejercicio **2023** fue de **\$262.336 MM** de pesos⁸

⁶ Radio Cooperativa, 6 de octubre de 2024

⁷ Consultar a la directora de Presupuesto el detalle de la ejecución actualizada tanto del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio como del Hospital Van Buren.

⁸ Las direcciones de los hospitales y/o DIPRES deberían presentar los datos más actualizados, incluyendo el total asignado para el año.

Ley Ricarte Soto

Es necesario considerar que la Ley Ricarte Soto entrega protección financiera a condiciones específicas de salud, tales como enfermedades oncológicas, inmunológicas y raras o poco frecuentes, que hayan sido determinadas a través de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud

De acuerdo con una publicación en El Mercurio⁹ y compartida por ProSalud Chile “cada tres años se publicaría un nuevo decreto que aumente y actualice la cobertura de la ley. El problema es que el monto que se fijó corresponde a \$100 mil millones anuales (reajustables por inflación), y en 2022 se advirtió que ya no es suficiente para seguir pagando las enfermedades que actualmente están incluidas y además sumar otras patologías.”

El artículo en el mercurio se refiere al decreto supremo mencionado en el primer párrafo. Sobre lo mismo, tras revisar las fuentes oficiales, no se logra constatar si se ha publicado o no la actualización del decreto, por lo que es probable que la discusión sobre este tema.

Por otro lado, y teniendo en cuenta que la semana pasada se aprobó en general y por unanimidad la nueva ley de enfermedades poco frecuentes, es necesario que el ejecutivo se pronuncie sobre cómo conversará el presupuesto 2025 con esta nueva ley y la Ricarte Soto, sobre todo teniendo en cuenta que, en sesiones anteriores, las críticas hacia el PDL apuntaban hacia la ausencia de presupuesto para las políticas que se proponían.

Salud Mental

Una interrogante que ha estado presente en todas y cada una de las comisiones en que se ha discutido el nuevo Proyecto de Ley Integral de Salud Mental ingresada a principios de agosto es ¿cuánto se gasta en salud mental en Chile?

Lamentablemente no hay cifras claras. Al respecto, la Red de Salud Mental, en Radio Universidad de Chile¹⁰ se señala que “un reciente boletín publicado por el MINSAL, reportó

⁹ Abril 2024

¹⁰ Octubre 2023

que el gasto estimado en salud mental público alcanzó los \$208 miles de millones, lo que representa un 1,7% del gasto público en salud de Chile el 2021. Al comparar estos resultados con datos internacionales concluyen que el resultado que muestra Chile es muy inferior, en comparación a otros países de la OCDE respecto al gasto público: Italia (3,4%), Corea del Sur (3,8%), Australia (7,6%), Canadá (10,6%), Reino Unido (10,3%) y Francia (15%)”

Se ha mencionado en reiteradas ocasiones que el gobierno actual propuso en su programa aumentar tal presupuesto al 6%, lo cual debería ser discutido en este periodo. Sobre este particular, si bien las orientaciones internacionales apuntan a reforzar la atención primaria de salud (mental), también sería relevante aprovechar la presencia de las direcciones de los hospitales presentes para consultar respecto de qué porcentaje de sus presupuestos se destinan a salud mental, con la finalidad de conocer de primera fuente los casos particulares.

Comentarios Finales

El pasado martes 1 de octubre hubo una manifestación por parte de funcionarios de la salud que fue apoyada por el alcalde Jorge Sharp y el Gobernador Regional Rodrigo Mundaca en que las principales demandas estuvieron asociadas a un aumento del presupuesto. Además de lo anterior, se sugirió la integración del hospital naval a la red del servicio de salud, lo cual pese a ser una demanda sentida por los porteños, es poco viable de alcanzar en el corto plazo dadas las complejidades administrativas.

Las manifestaciones se leen como una forma de presionar al gobierno en el marco del inicio de la tramitación de la ley de presupuesto 2025, pero también como una urgencia presupuestaria hecha presente por parte de los trabajadores de la salud, por lo cual se sugiere poner atención a las declaraciones de los gremios que asisten hoy. Si bien su postura siempre apunta a defender los intereses de los trabajadores de la salud, son un grupo de interés que puede presionar a los equipos directivos para llevar adelante una mejor ejecución del presupuesto.

Lunes 14 de octubre 2024

Minuta Sesión Comisión Salud – Martes 29 octubre

Senadora Ximena Órdenes N

Asesor Pablo Flores U

1. Situación FONASA – Gremios

Asiste: director Fonasa, Camilo Cid; Presidenta de la Asociación Nacional de Funcionarios de FONASA (ANAFF), Maribel González, y; Presidente de la Asociación Nacional de Profesionales y Técnicos de FONASA (ANPTUF), Felipe Tamayo.

Materia:

22 de octubre se firma un acuerdo entre MINSAL, FONASA y Gremios con dos temas:

- a) **Descanso reparatorio:** Fonasa no está incluido legalmente en esto, pero los gremios lo solicitan. Se habilitó al director de FONASA para intentar implementarlo por la vía administrativa, lo cual será consultado a la CGR.
- b) **Asignación de fortalecimiento:** Dado el escenario actual, donde tras el fallo de la corte suprema las ISAPRES se han visto fuertemente golpeadas, FONASA ha debido absorber la carga de muchos cotizantes. Se establecerá una mesa de trabajo entre las partes que buscará elaborar una propuesta para el presupuesto 2026.

Comentario:

De acuerdo con información entregada por la ANPTUFF, el ausentismo en su institución es cercano al 14%, y las directrices gubernamentales fueron no otorgar permisos reparatorios a las instituciones cuyo ausentismo fuera mayor al 15%, por lo cual “ellos cumplen este criterio”. Pese a lo anterior, es necesario verificar esa información, pues solo fue informado telefónicamente por el Sr. Felipe Tamayo. Sería interesante consultar sobre estos datos en la comisión.

Posibilidad de intervención: El problema del ausentismo en las instituciones de salud es muy relevante, para disminuirlo, se deben entregar mejores condiciones laborales fortaleciendo el presupuesto, y eso tendrá que verse en la planificación que haga la mesa de trabajo. Al mismo tiempo, quiero solicitar a los dirigentes gremiales que nos apoyen con el tema del ausentismo, porque sí, se les pueden gestionar descansos reparatorios, pero debe ser con responsabilidad.

2. Ley integral de salud mental – Boletín 17003-11

Asisten:

Director del Instituto Iberoamericano de Reducción de Daños, Pablo Egenau (es una organización que se centra en la promoción de estrategias y políticas orientadas a reducir los daños asociados al **consumo de drogas**).

Presidenta de la Sociedad Chilena de Salud Mental (SOCHISAM), Paola González (es una agrupación de carácter científico, que convoca a los profesionales que trabajan y se desarrollan en la Psiquiatría y Salud Mental). Ya presentaron una vez el 13 de agosto

Director de la Corporación de Familiares, Amigos y Personas en Situación de Discapacidad Psíquica de Chile (CORFADICH), Eduardo Toro (es una corporación cuyo propósito es la defensa y promoción de los derechos de las personas en situación de discapacidad psíquica).

Materia:

Proyecto del ejecutivo en primer trámite constitucional que introduce muchas modificaciones al sistema de salud apuntando a equiparar la salud física con la mental. Ya se ha revisado en 5 sesiones de la comisión, se han realizado 8 presentaciones de diversas organizaciones.

Comentario:

El paradigma biomédico, propone que los usuarios de la red de salud deben ingresar a los centros de atención, ya sea abierta o cerrada, para luego sanar de manera “lineal”. De esta forma, los profesionales de la salud mental, en su formación académica, suelen adquirir herramientas para la aplicación de este modelo más que el de Salud Integral Familiar y Comunitaria, lo cual produce un desajuste entre las competencias adquiridas y lo que exige el actual modelo de salud mental chileno y que pretende profundizar este proyecto de ley.

Posibilidad de intervención: Este proyecto es bastante prometedor y puede equiparar la salud física con la mental en Chile, sin embargo, si nuestros profesionales de la salud mental siguen formándose en el paradigma biomédico, es poco probable que apliquen el enfoque biopsicosocial a sus usuarios o pacientes. En otras palabras, es necesario buscar mecanismos para que el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria sea comprendido a cabalidad por parte de psicólogos y psiquiatras desde el principio de su formación académica, lo cual podría ser incorporado a este proyecto de ley.

3. Estudio en particular de PdL Enfermedades Poco Frecuentes – 7.643-11

Asistencia: No hay invitados

Autores: Sen. Chahuán - Quintana ExSen. Walker - Rossi - Uriarte

Materia:

Crea un marco normativo para tener un registro nacional de persona con enfermedades poco frecuentes, da definiciones sobre lo que es una enfermedad de este tipo (es aquella que tiene una prevalencia menor a 1 caso por cada 2.000 habitantes), crea una comisión técnica asesora y crea un listado de enfermedades poco frecuentes con una vigencia de 3 años.

Comentarios:

Es un proyecto ingresado en el año 2011 que avanza para cerrar su primer trámite constitucional. Fue aprobado por unanimidad en sala hace menos de un mes, y el acuerdo que se ha establecido es aprobar en particular todo tal y como está para que pueda avanzar. No se ingresó ninguna indicación por el mismo motivo, y luego de esto debería ir a hacienda.

Posibilidad de intervención: Sería interesante recordar el caso de Camila Gómez, la madre de Tomás que caminó a la moneda desde Chiloé en mayo de este año para exigir, al Estado una solución para su hijo, quien tiene distrofia muscular de Duchenne. Tomás fue diagnosticado en marzo de 2023 y el presidente Boric comprometió su apoyo a esta causa, razón principal por la cual se ha dado celeridad a este proyecto de ley.

4. Eutanasia

Asistencia: No hay invitados

Boletín: 9644-11 | 11745-11 | 11577-11 | 7736-11 Refundidos

Autores: En su origen Adriana Muñoz y Gaspar Rivas, pero se han sumado muchos otros legisladores en los otros proyectos dado que está refundido.

Materia: Proyecto de ley que pretende dar un marco normativo moderno a la Eutanasia en Chile.

Comentario: Este proyecto que data desde 2011 y ha pasado por varios esfuerzos para ser aprobado a lo largo de diversos periodos legislativos sin llegar a puerto, incluso ha sido revisado por la corte suprema. Actualmente se encuentra de nuevo en primer trámite constitucional, y aunque es poco probable que se discuta hoy por la extensión de la sesión, si se discute, solo sería presentado por el ejecutivo, pues se ha dado prioridad al tema por ser compromiso de gobierno.

La discusión política es de larga data, donde los sectores más conservadores del espectro político tienden a oponerse de manera sistemática bajo el argumento de estar “a favor de la vida”, sin embargo, los sectores más progresistas lo impulsan a propósito de la vida “digna”, proponiendo que vivir sufriendo eterna y constantemente no se justifica, además de que se debiera respetar la decisión de cada quien, en vez de extender la vida contra su voluntad.

Posibilidades de intervención:

- La encuesta CADEM de julio de este año arrojó que un 70% de la población se muestra a favor de la eutanasia
- El presidente anunció en su cuenta pública que daría urgencia al proyecto
- El candidato presidencial Vlado Mirosevic lo propone como algo emblemático precisamente desde el liberalismo
- Ningún profesional de la salud debe estar obligado a implicarse moralmente en el asesinato de una persona
- La vida debe poder vivirse dignamente, no estando impedido de desarrollarla y dependiendo de asistencia constante y permanente por parte del personal de salud.
- Son muchas las culturas a lo largo de la historia que han desdramatizado el tema de la muerte asistida, debemos recordar que cada quien debe tomar sus propias decisiones. No estamos hablando de suicidio, estamos dando herramientas a personas con enfermedades terminales para decidir sobre la base de no causar más sufrimiento ni a ellos mismos ni a su propias familias.

Minuta PDL Sistema de Acceso Priorizado – Votación

Senadora Ximena Órdenes N
Asesor Pablo Flores U

Boletín N°12.662-11

Que crea el seguro de salud catastrófico, a través de una cobertura financiera especial, en la modalidad de atención de libre elección (MLE) de Fonasa.

Contextualización

El PDL partió con el objeto de crear un seguro de salud para enfermedades catastróficas, pero fue derivando paulatinamente hacia la construcción de un Sistema de Acceso Priorizado de salud con el objetivo de disminuir las listas de espera no GES.

Cabe destacar que existen indicaciones de distintos parlamentarios, pero algunas de ellas se han generado sobre las indicaciones del ejecutivo, lo cual presentaba problemas de forma y fue discutido en sesiones anteriores, donde, tras reunión de asesores, se concluyó que se votarían primero las propuestas del ejecutivo, y luego las parlamentarias.

Tras lo anterior, en la última reunión de asesores con fecha 25 de octubre, se acordó retirar todas las indicaciones de parlamentarios y el ejecutivo las recogió en una nueva indicación, sin embargo, en esta sesión terminará de votar lo que falta de las indicaciones anteriores del ejecutivo para luego votar la nueva indicación que fue aceptada por todos los asesores.

Importante destacar que según información de asesor legislativo MINSAL y del presidente de la comisión, esta sesión en particular se avanzará poco porque no estará la ministra. La idea es aprobar lo del ejecutivo. La oposición intentará hacer puntos políticos antes de retirar sus indicaciones y con eso se extenderá la sesión.

Si bien se había citado hasta total despacho, dado que la ministra está fuera de Chile, se pretender aprobar hasta total despacho en la próxima sesión de la comisión, por lo cual debería durar solo hasta las 16.00 como siempre, pero para esto es necesario que se explicita y formalice el acuerdo de los legisladores.

Indicaciones, comentarios y sugerencias

- **2.I (Chauan-Gahona-Macaya-Lilayu):** **Se recomienda rechazar**, aunque si se vota por separado, se puede aprobar el último párrafo referido a la publicación de los estudios y elementos que fundan el mismo en la web del ministerio. Agrega elementos de transparencia. Debería ser retirada, pero el diputado Lilayú no ha confirmado su retiro de firma

Hasta acá se votó en la última comisión del 16 de octubre. 2.I Debería retirarse por parte de oposición.

- **2.J y 2.K (Chauan):** Seguramente serán retiradas (*acuerdo asesores*), porque modifican el texto de la cámara, lo cual las vuelve incompatibles. De no ser retiradas, **se recomienda rechazar**

PROPUESTA DEL EJECUTIVO

2.3) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 ter, el siguiente artículo 140 quáter, nuevo:

“Artículo 140 quáter.- Podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado todas las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que cumplan con las condiciones médicas necesarias para la intervención y los requisitos que se establecen en los artículos siguientes. Dicho acceso estará limitado por la disponibilidad presupuestaria que contemple el decreto referido en el artículo 140 ter para el año calendario correspondiente.”.

***A favor.** Establece el preámbulo para los requisitos que se señalan en los artículos siguiente e introduce las limitaciones presupuestarias necesarias asociadas a criterios de responsabilidad fiscal. De acuerdo con asesores, debería aprobarse unánime.*

- **2.L (Chauan):** será retirada (acuerdo asesores), pues fue incorporada por ejecutivo, si no, **se recomienda rechazar**, por el mismo motivo.

PROPUESTA DEL EJECUTIVO

2.4) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 quáter, el siguiente artículo 140 quinquies, nuevo:

“Artículo 140 quinquies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud o del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, que se encuentren en lista de espera de una intervención priorizada de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter anterior, el Fondo Nacional de Salud, de oficio, los ingresará al Sistema de Acceso Priorizado, derivándolos a un prestador para la realización de la intervención correspondiente. Las intervenciones sanitarias priorizadas deberán iniciarse dentro del plazo que establezca el contrato o convenio respectivo. Asimismo, estos convenios deberán incorporar las **sanciones que se impondrán al prestador que lo incumpla**.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que un prestador incumpla con el plazo del convenio o no realice la intervención sanitaria en la fecha programada por razones no imputables al beneficiario, la persona beneficiaria o su representante podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud la derivación de la persona beneficiaria a otro prestador. Para asegurar la correcta y segura realización de la intervención sanitaria priorizada, el Ministerio de Salud podrá dictar **protocolos de derivación que incluyan los tiempos y calidad de la atención en dicha derivación**.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales informará al Fondo acerca de aquellas personas que se encuentran en lista de espera para una de las intervenciones sanitarias priorizadas.

Para todos los efectos legales estas atenciones de salud se entenderán otorgadas en la **Modalidad de Atención Institucional**.

El decreto del artículo 140 ter contendrá los criterios para el acceso y la designación de las personas beneficiarias que se encuentren en lista de espera, los cuales serán propuestos

por el Fondo al Ministerio de Salud. Dentro de los criterios, se deberá considerar, **al menos siempre**, los tiempos de espera de las personas y necesidad sanitaria.”

A favor. La oposición busca limitar estos criterios, sin embargo, es importante que FONASA y el MINSAL puedan tener cierto margen a la hora de definir los criterios para incluir en ello cuestiones socioeconómicas o variables geográficas (zonas extremas) por ejemplo.

De acuerdo a lo acordado por asesores, esta propuesta debería ser retirada por el ejecutivo, se ingresó una nueva con acuerdo unánime.

- **2.M (Lilayú y otros): Se recomienda rechazar.** Va en contra de la indicación 2.4 del ejecutivo, rigidizando los criterios, impidiendo el margen que debe tener FONASA para incluir cuestiones socioeconómicas, geográficas o de otra índole. Se debería retirar según acuerdo en reunión de asesores porque se recoge en las indicaciones ingresadas recientemente por el ejecutivo, pero no hay certeza de la votación de Lilayú. El ejecutivo cambió el concepto “al menos” por la palabra siempre al final del artículo 140 quinquies para integrar esta indicación.

PROPUESTA DEL EJECUTIVO

2.5) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 quinquies, el siguiente artículo 140 sexies, nuevo:

“Artículo 140 sexies.- Respecto de las personas beneficiarias del Fondo Nacional de Salud que pertenezcan a los grupos B, C y D, que requieran la realización de una de las intervenciones sanitarias priorizadas de conformidad al decreto al que se refiere el artículo 140 ter podrán acceder al Sistema de Acceso Priorizado, **enterando un deducible que operará como único copago** de la persona beneficiaria por la realización de la intervención priorizada, siendo de cargo íntegro del Fondo todo lo que exceda a aquél, según el contenido de la intervención sanitaria que establezca el decreto. El monto del deducible será diferenciado por grupo, correspondiendo:

- a) Al grupo B, el equivalente de 1,5 ingresos mínimos mensuales.
- b) Al grupo C, al equivalente a 2 ingresos mínimos mensuales.
- c) Al grupo D, al equivalente de 3 ingresos mínimos mensuales.

Una vez enterado el deducible, y cumplidos los demás requisitos que señala esta ley, la persona beneficiaria podrá elegir a uno de los prestadores disponibles en convenio de acuerdo al inciso tercero del artículo 140 bis.

Para efectos del cálculo del deducible se considerará el ingreso mínimo mensual vigente al momento en que se acceda al Sistema de Acceso Priorizado. En el evento de que la persona beneficiaria o su representante no acceda a este Sistema u opte porque las prestaciones le sean otorgadas por una entidad que no cuente con un convenio para el Sistema de Acceso Priorizado, se aplicará lo establecido en el artículo 143 de esta ley.

Las atenciones de salud que se otorguen conforme a este artículo se entenderán realizadas en la Modalidad de Libre Elección, sin perjuicio de lo cual estarán limitadas al presupuesto determinado en conformidad a los incisos quinto y sexto del artículo 140 ter de esta ley. Asimismo, quedarán excluidas para el otorgamiento de los préstamos contemplados en el artículo 162 de esta ley.”.

A favor. Si bien el debate en la comisión ha girado alrededor de los montos de los deducibles, la propuesta del ejecutivo se enmarca en un estudio de costos debidamente fundamentado. Por lo demás, abre el campo hacia las intervenciones en Modalidad de Libre Elección (MLE), algo favorable para que el sistema privado ayude a descongestionar las listas de espera.

- **2.N (Parlamentaria): Se recomienda rechazar.** Incluir un stop loss en SAP vuelve complejo el sistema. Además, el beneficio potencial es muy bajo, pues requiere que personas se realicen múltiples intervenciones priorizadas al año, lo cual es poco probable, la gente no suele operarse más de una vez en el año. **De acuerdo a la reunión con asesores, esta indicación debería retirarse por ser inadmisibile, sin embargo, puede que diputado Lilayú se resista, en ese caso, se debe insistir en su inadmisibilidad.**

PROPUESTA DEL EJECUTIVO

2.6) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 sexies, el siguiente artículo 140 septies, nuevo:

“Artículo 140 septies. - El Fondo Nacional de Salud velará por el correcto funcionamiento del Sistema de Acceso Priorizado. Corresponderá a la Superintendencia de Salud el conocimiento de los reclamos que las personas beneficiarias interpongan en contra del Fondo Nacional de Salud por el acceso al referido sistema y sus beneficios, en conformidad al artículo 117 y siguientes de esta ley.”.

A favor. Establece responsabilidades a FONASA para el correcto funcionamiento del SAP, pero con la salvedad de que la Superintendencia de Salud (SIS) actúe como fiscalizador recibiendo los reclamos contra FONASA en caso de un mal funcionamiento del sistema.

2.7) Incorpórase, a continuación del nuevo artículo 140 septies, el siguiente artículo 140 octies, nuevo:

“Artículo 140 octies. - El Fondo Nacional de Salud dictará una resolución exenta, previa visación de la Dirección de Presupuestos, que contenga las directrices operativas para que las personas beneficiarias referidas en los artículos 140 quinquies y 140 sexies accedan al Sistema de Acceso Priorizado en los términos descritos.

Dicha resolución deberá considerar, al menos, las condiciones y procedimientos para que las personas beneficiarias puedan acceder al Sistema de Acceso Priorizado; los términos y

procedimientos para que el Fondo Nacional de Salud asigne y derive a los beneficiarios del artículo 140 quinquies a los prestadores que corresponda; los mecanismos de seguimiento del gasto, y, las demás cuestiones necesarias para la operatividad del Sistema de Acceso Priorizado.”.

A favor. *Asegura la gestión presupuestaria de los fondos del SAP indicando que la DIPRES visará la resolución exenta que considere los procedimientos de acceso al SAP, tomando también en cuenta el seguimiento del gasto y las materias operativas. Es un mecanismo de control necesario para el buen uso de los recursos*

<ul style="list-style-type: none"> • 2.Ñ (Parlamentaria): Se recomienda rechazar, pues intenta modificar estructuralmente el SAP, excediendo el objetivo del PDL. Además, ya fue en parte considerado por el ejecutivo. Por otra parte, de aprobarse se complejiza el proceso de tramitación de la ley por modificar asuntos de financiamiento. • 2.O (Parlamentaria): Se recomienda rechazar, pues intenta modificar estructuralmente el SAP, excediendo el objetivo del PDL • 2.P (Parlamentaria): Se recomienda rechazar, pues pretende incorporar GRD a ISAPREs, excediendo el objeto del proyecto. El GRD es un mecanismo de financiamiento que genera un pago hacia el prestador en reconocimiento de la complejidad de sus egresos hospitalarios, está diseñado para el sistema público. • 2.Q (Parlamentaria): Se recomienda rechazar, pues pretende incorporar GRD a ISAPREs, excediendo el objeto del proyecto. • 2.R (Parlamentaria): Se recomienda rechazar, pues pretende incorporar GRD a ISAPREs, excediendo el objeto del proyecto. 	<p><u>En reunión de asesores se tomó el acuerdo de que todas estas indicaciones deberían ser retiradas, pues son inadmisibles y su contenido fue considerado en las nuevas indicaciones presentadas por el ejecutivo. Pese a ello, el diputado Lilayú se muestra reacio a retirarlas, por lo cual es importante apoyar al ejecutivo en esta materia, toda vez que, si no se retiran, se alegará la inadmisibilidad y reserva de constitucionalidad.</u></p>
---	---

- **2.S (Parlamentaria): Somos firmantes,** pero dado que excede el objeto del PDL, se acordó retirar por parte del nosotros, sin embargo, la oposición quiere mantenerla, por lo cual oficialismo pondrá sobre la mesa la inadmisibilidad y reserva de constitucionalidad.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo primero

3.- Para reemplazar el artículo primero transitorio, por el siguiente:

“Artículo primero transitorio.- Para el primer año calendario de vigencia del Sistema de Acceso Priorizado, el Fondo Nacional de Salud podrá utilizar los contratos y convenios con prestadores de salud que se encuentren vigentes o suscribir convenios de acuerdo con el inciso tercero del artículo 140 bis ya mencionado, para el otorgamiento de las intervenciones priorizadas.”.

A favor. *Establece que los convenios actuales podrán ser utilizados para intervenciones SAP durante el primer año, lo cual da celeridad al asunto.*

Artículos segundo y tercero

4.- Para eliminar los artículos segundo y tercero transitorio, pasando el actual artículo cuarto transitorio a ser segundo transitorio.”.

A favor. *Hace las modificaciones pertinentes para el funcionamiento efectivo del SAP a nivel institucional*

Artículo tercero (Eliminarlo)

A favor. *Hace las modificaciones pertinentes para el funcionamiento efectivo del SAP a nivel institucional*

Artículo cuarto (pasa a ser segundo transitorio)

A favor. *Hace las modificaciones pertinentes para el funcionamiento efectivo del SAP a nivel institucional*

- **5. Parlamentaria. Se recomienda rechazo,** pero podría aprobarse, toda vez que no afecta el funcionamiento del SAP. Pretende dictación de reglamento de Ley GES (que contenga las normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones no GES), excediendo el objeto del proyecto.
- **6. Parlamentaria.** Establece un plazo retroactivo de 3 años a la indicación 2.S, para quitar imposibilidad de contratar con el estado a instituciones privadas de salud que tengan el monopolio de prestaciones en algunas comunas. **Dado que es inadmisibles el acuerdo fue retirarla junto con la 2.6 con todos los otros senadores.**