

REPÚBLICA DE CHILE



CÁMARA DE DIPUTADOS

LEGISLATURA 364^a

Sesión 70^a, en martes 13 de septiembre de 2016
(Especial, de 16.38 a 18.25 horas)

Presidencia de los señores Andrade Lara, don Osvaldo, y
Espinosa Monardes, don Marcos.

Presidencia accidental del señor Meza Moncada, don Fernando.

Secretario, el señor Landeros Perkič, don Miguel.
Prosecretario, el señor Rojas Gallardo, don Luis.

REDACCIÓN DE SESIONES

PUBLICACIÓN OFICIAL

ÍNDICE

- I.- ASISTENCIA
- II.- APERTURA DE LA SESIÓN
- III.- ACTAS
- IV.- CUENTA
- V.- OBJETO DE LA SESIÓN
- VI.- DOCUMENTOS DE LA CUENTA
- VII.- OTROS DOCUMENTOS DE LA CUENTA

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
I. ASISTENCIA.....	4
II. APERTURA DE LA SESIÓN.....	7
III. ACTAS	7
IV. CUENTA	7
V. OBJETO DE LA SESIÓN.....	7
ANÁLISIS DE ALZA DE SUICIDIOS EN ADOLESCENTES Y NIÑOS	7
VI. DOCUMENTOS DE LA CUENTA	33
1. PROYECTO INICIADO EN MOCIÓN DE LAS DIPUTADAS SEÑORAS RUBILAR, FERNÁNDEZ Y PASCAL, Y DE LOS DIPUTADOS SEÑORES ANDRADE, ARRIAGADA, BARROS, FARÍAS, JIMÉNEZ; MONCKEBERG, DON CRISTIÁN, Y TORRES, QUE “MODIFICA EL CÓDIGO DEL TRABAJO CON EL OBJETO DE OTORGAR PROTECCIÓN A LOS TRABAJADORES QUE DECLARAN COMO TESTIGOS EN SEDE JUDICIAL”. (BOLETÍN N° 10892-13).....	33
VII. OTROS DOCUMENTOS DE LA CUENTA.	
1. Comunicación:	
- Del diputado señor Jiménez, quien, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 42 del Reglamento de la Corporación, solicita permiso para ausentarse, por razones personales, a las sesiones comprendidas entre el 16 de septiembre de 2016 y el 23 de septiembre de 2016, sin goce de la dieta por el tiempo de la ausencia.	

I. ASISTENCIA

-Asistieron los siguientes señores diputados: (111)

NOMBRE	(Partido*	Región	Distrito)
Aguiló Melo, Sergio	IND	VII	37
Álvarez Vera, Jenny	PS	X	58
Álvarez-Salamanca Ramírez, Pedro Pablo	UDI	VII	38
Alvarado Ramírez Miguel Ángel	PPD	IV	9
Andrade Lara, Osvaldo	PS	RM	29
Arriagada Macaya, Claudio	DC	RM	25
Auth Stewart, Pepe	IND	RM	20
Barros Montero, Ramón	UDI	VI	35
Becker Alvear, Germán	RN	IX	50
Bellolio Avaria, Jaime	UDI	RM	30
Berger Fett, Bernardo	RN	XIV	53
Boric Font, Gabriel	IND	XII	60
Browne Urrejola, Pedro	IND	RM	28
Campos Jara, Cristián	PPD	VIII	43
Cariola Oliva, Karol	PC	RM	19
Carmona Soto, Lautaro	PC	III	5
Carvajal Ambiado, Loreto	PPD	VIII	42
Castro González, Juan Luis	PS	VI	32
Ceroni Fuentes, Guillermo	PPD	VII	40
Chahin Valenzuela, Fuad	DC	IX	49
Chávez Velásquez, Marcelo	DC	VIII	45
Cicardini Milla, Daniella	IND	III	5
Coloma Álamos, Juan Antonio	UDI	RM	31
Cornejo González, Aldo	DC	V	13
De Mussy Hiriart, Felipe	UDI	X	56
Edwards Silva, José Manuel	RN	IX	51
Espinosa Monardes, Marcos	PRSD	II	3
Espinoza Sandoval, Fidel	PS	X	56
Farcas Guendelman, Daniel	PPD	RM	17
Farías Ponce, Ramón	PPD	RM	25
Fernández Allende, Maya	PS	RM	21
Flores García, Iván	DC	XIV	53
Fuentes Castillo, Iván	IND	XI	59
Fuenzalida Figueroa, Gonzalo	RN	XIV	54
Gahona Salazar, Sergio	UDI	IV	7
García García, René Manuel	RN	IX	52
Girardi Lavín, Cristina	PPD	RM	18
Godoy Ibáñez, Joaquín	IND	V	13
González Torres, Rodrigo	PPD	V	14
Gutiérrez Gálvez, Hugo	PC	I	2

Gutiérrez Pino, Romilio	UDI	VII	39
Hasbún Selume, Gustavo	UDI	RM	26
Hernández Hernández, Javier	UDI	X	55
Hernando Pérez, Marcela	PRSD	II	4
Hoffmann Opazo, María José	UDI	V	15
Jackson Drago, Giorgio	IND	RM	22
Jaramillo Becker, Enrique	PPD	XIV	54
Jarpa Wevar, Carlos	PRSD	VIII	41
Jiménez Fuentes, Tucapel	PPD	RM	27
Kast Rist, José Antonio	UDI	RM	24
Kast Sommerhoff, Felipe	IND	RM	22
Kort Garriga, Issa	UDI	VI	32
Lavín León, Joaquín	UDI	RM	20
Lemus Aracena, Luis	PS	IV	9
León Ramírez, Roberto	DC	VII	36
Letelier Norambuena, Felipe	PPD	VI	33
Lorenzini Basso, Pablo	DC	VII	38
Macaya Danús, Javier	UDI	VI	34
Melero Abaroa, Patricio	UDI	RM	16
Melo Contreras, Daniel	PS	RM	27
Meza Moncada, Fernando	PRSD	IX	52
Mirosevic Verdugo, Vlado	Liberal de Chile	XV	1
Monckeberg Bruner, Cristián	RN	RM	23
Monsalve Benavides, Manuel	PS	VIII	46
Morano Cornejo, Juan Enrique	DC	XII	60
Nogueira Fernández, Claudia	UDI	RM	19
Norambuena Farías, Iván	UDI	VIII	46
Núñez Arancibia, Daniel	PC	IV	8
Núñez Urrutia, Paulina	RN	II	4
Ojeda Uribe, Sergio	DC	X	55
Ortiz Novoa, José Miguel	DC	VIII	44
Pascal Allende, Denise	PS	RM	31
Paulsen Kehr, Diego	RN	IX	49
Pérez Arriagada, José	PRSD	VIII	47
Pérez Lahsen, Leopoldo	RN	RM	29
Pilowsky Greene, Jaime	DC	RM	24
Poblete Zapata, Roberto	IND.	VIII	47
Provoste Campillay, Yasna	DC	III	6
Rathgeb Schifferli, Jorge	RN	IX	48
Rincón González, Ricardo	DC	VI	33
Robles Pantoja, Alberto	PRSD	III	6
Rocafull López, Luis	PS	XV	1
Rubilar Barahona, Karla	IND	RM	17
Sabag Villalobos, Jorge	DC	VIII	42
Sabat Fernández, Marcela	RN	RM	21
Saffirio Espinoza, René	IND	IX	50

Saldívar Auger, Raúl	PS	IV	7
Sandoval Plaza, David	UDI	XI	59
Santana Tirachini, Alejandro	RN	X	58
Schilling Rodríguez, Marcelo	PS	V	12
Sepúlveda Orbenes, Alejandra	IND	VI	34
Silber Romo, Gabriel	DC	RM	16
Silva Méndez, Ernesto	UDI	RM	23
Soto Ferrada, Leonardo	PS	RM	30
Squella Ovalle, Arturo	UDI	V	12
Tarud Daccarett, Jorge	PPD	VII	39
Teillier del Valle, Guillermo	PC	RM	28
Torres Jeldes, Víctor	DC	V	15
Trisotti Martínez, Renzo	UDI	I	2
Tuma Zedán, Joaquín	PPD	IX	51
Turres Figueroa, Marisol	UDI	X	57
Ulloa Aguillón, Jorge	UDI	VIII	43
Urizar Muñoz, Christian	PS	V	10
Urrutia Bonilla, Ignacio	UDI	VII	40
Vallejo Dowling, Camila	PC	RM	26
Vallespín López, Patricio	DC	X	57
Van Rysselberghe Herrera, Enrique	UDI	VIII	44
Venegas Cárdenas, Mario	DC	IX	48
Verdugo Soto, Germán	RN	VII	37
Walker Prieto, Matías	DC	IV	8
Ward Edwards, Felipe	UDI	II	3

-Concurrieron, además, la ministra de Educación, señora Adriana Delpiano Puelma, y la ministra de Salud, señora Carmen Castillo Taucher.

-Se contó con la asistencia, también, del jefe del Departamento de Salud Mental, señor Mauricio Gómez Chamorro, y el jefe de Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, señor Rafael Sepúlveda Jara.

* PDC: Partido Demócrata Cristiano; PPD: Partido por la Democracia; UDI: Unión Demócrata Independiente; RN: Renovación Nacional; PS: Partido Socialista; PRSD: Partido Radical Social Demócrata; IND: Independiente. PC: Partido Comunista y Partido Liberal de Chile.

II. APERTURA DE LA SESIÓN

-Se abrió la sesión a las 16.37 horas.

El señor **ANDRADE** (Presidente).- En nombre de Dios y de la Patria, se abre la sesión.

III. ACTAS

El señor **ANDRADE** (Presidente).- El acta de la sesión 61ª se declara aprobada.

El acta de la sesión 62ª queda a disposición de las señoras diputadas y de los señores diputados.

IV. CUENTA

El señor **ANDRADE** (Presidente).- El señor Secretario dará lectura a la Cuenta.

*El señor **LANDEROS** (Secretario) da lectura a la Cuenta.*

V. OBJETO DE LA SESIÓN

ANÁLISIS DE ALZA DE SUICIDIOS EN ADOLESCENTES Y NIÑOS

El señor **ANDRADE** (Presidente).- Señoras diputadas y señores diputados, esta sesión tiene por objeto analizar el diagnóstico actual y las razones de la tendencia al alza del suicidio en adolescentes y niños, y precisar los planes, ideas y métodos de intervención del Ministerio de Salud para esta problemática que afecta directamente a niños y adolescentes más vulnerables.

A esta sesión han sido invitados las ministras de Salud y de Educación, el jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud y el jefe de la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

En el tiempo previo de 15 minutos, contemplado en el artículo 76 del Reglamento, tiene la palabra la diputada señora Marcela Hernando.

La señora **HERNANDO**, doña Marcela (de pie).- Señor Presidente, es de todos conocida –espero que ello sea compartido– la enorme deuda que tiene nuestro país en materia de salud mental. Esta situación ha sido advertida a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud, organismo que, alarmado por nuestras tasas de depresión, unas de las más altas del mundo, ha recomendado al Ministerio de Salud la promulgación de una “ley de salud men-

tal”. Afortunadamente, la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados comenzó el trámite de una moción en ese sentido, refundida, apoyada por el Ejecutivo.

A nivel mundial, las tasas de suicidio aumentaron en 60 por ciento en los últimos 45 años. Cada año se suicidan más de 800.000 personas; ello equivale a un suicidio cada cuarenta segundos en algún lugar del planeta.

En el caso del grupo etario entre 15 a 29 años, el suicidio es la segunda causa de muerte.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que para 2020 la depresión se convertirá en la segunda causa mundial de discapacidad, y que 1,5 millones de personas se van a suicidar.

En Chile, la prevalencia de la depresión es del 17,2 por ciento de la población general mayor de 15 años, según cifras del Ministerio de Salud de 2013.

De acuerdo con datos de 2012 de la Organización Mundial de la Salud, se estima que del total de suicidios consumados anualmente, 250.000 corresponden a menores de 25 años. Las cifras no incluyen los intentos de suicidio, que son hasta veinte veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

El 75 por ciento de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos.

Los países agrupados en la Organización Mundial de la Salud reconocen que el suicidio es una prioridad de salud pública. En 2008, el suicidio se estableció como prioridad en el programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido por la organización internacional.

Luego, en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en 10 por ciento para 2020.

Actualmente, en psiquiatría se considera que el suicida pretende acabar con el sufrimiento y el agobio psíquico, más que con la propia vida. Imaginar ese tipo de sufrimiento es conmovedor en general; pero el suicidio en niños y adolescentes es aún más chocante y perturbador.

El suicidio infantil es el acto por el cual un niño provoca su propia muerte de manera voluntaria. En la mayoría de los casos, esto no significa el deseo de morir, sino que aparece como el último recurso para escapar de un gran sufrimiento o de una situación para la cual el niño no encuentra salida.

Los intentos de suicidio son actos fallidos, pero igualmente traducen el deseo del niño de lastimarse. Muchas veces son considerados como el intento desesperado de llamar la atención hacia los problemas o sentimientos de maltrato que experimenta.

El suicidio infantil es un tema tabú en la mayoría de los países. Aunque comienza a ser investigado en adolescentes, hay pocos estudios científicos acerca del suicidio de menores de 13 años, y no hay datos acerca de la incidencia del fenómeno a nivel internacional. Sin embargo, se sabe que las razones que llevan a los niños a suicidarse son muy diferentes de aquellas que motivan a los adultos.

El suicidio infantil suele ser difícil de diagnosticar, ya que los niños tienen más dificultad que los adultos para expresar sus conflictos o su infelicidad. El suicidio de los niños más pequeños es, además, confundido o pensado como un accidente, muchas veces atribuido a actos como apoyarse en las ventanas o cruzar la calle en el momento equivocado.

Además, la muerte de niños huérfanos y/o de niños que viven en la calle no suele ser investigada o siquiera registrada por las autoridades de algunos países, lo cual dificulta poseer estadísticas o realizar estudios.

Según un informe de la OCDE recogido de sus países miembros, desde 1990 las tasas de suicidio han decrecido en promedio 20 por ciento. Sin embargo, según la publicación ISSN 0718-9745, del Centro de Políticas Públicas de la Universidad Católica de Chile, de junio del año pasado, contrario a esa tendencia, en Chile las tasas continúan en aumento, alcanzando un crecimiento de 90 por ciento entre 1990 y 2011.

Esto corresponde al segundo lugar en crecimiento de las tasas de suicidio después de Corea. Así, Chile se encuentra entre los países miembros de la OCDE con mayores tasas de suicidio: pasó del lugar 17º, según el informe de 2011, al lugar 13º, según el informe de 2013. Esto se traduce en que en Chile mueren por suicidio entre cinco y seis personas al día, lo que representa cerca del 2 por ciento del total de muertes.

Chile duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe.

Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) señala que el grupo de 12 a 24 años presenta como primera causa de muerte las externas, como accidentes, suicidios y violencia interpersonal. Lo anterior corresponde a datos de 2013 del Ministerio de Salud.

Destacan las altas tasas en el rango etario de 20 a 29 años en todas las regiones y el brusco aumento del intento de suicidio en el rango entre los 15 a 19 años en las regiones de Los Lagos y de Aysén.

Para 2009, la tasa de suicidios en adolescentes de entre 10 y 19 años fue de 7 por 100.000. En ese momento se proyectaba que para el 2020 llegaría a 12 por cada 100.000 habitantes.

Debido a esa situación, el Ministerio de Salud se propuso, para la década 2011-2020, “disminuir en 15 por ciento la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años”. Es decir, la meta de impacto esperada a 2020 es de 10,2 por 100.000 adolescentes.

En los primeros años de las intervenciones planificadas se ha logrado que la tasa nacional de suicidio en jóvenes de entre 15 y 19 años haya decrecido ligeramente de 8,6 a 7,9 en 2013. Pese a ello, Chile sigue figurando como el segundo país de la región latinoamericana con los más altos índices de suicidio infanto-adolescente, seguido de Uruguay.

La tasa chilena de suicidio en niños entre 10 y 14 años, en cambio, se ha incrementado de 1,0 a 1,6 en 2013.

En relación con los intentos de suicidio, de acuerdo a la información de las seremis de Salud, la situación es muy diferente, dependiendo de las regiones. Por ejemplo, en 2015, la Región de Coquimbo presentó 74 intentos de suicidio en menores de 19 años: 21 ocurrieron en menores entre 10 y 14 años, y 53 en menores entre 15 y 19 años.

La Región de Los Ríos, con una población mucho menor, presentó 144 intentos de suicidio en el tramo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad, de los cuales 105 fueron niñas, y 39, niños.

En la Región de Valparaíso, en 2015 se presentaron 50 intentos de suicidio en el tramo de 10 a 14 años, de los cuales 45 fueron niñas, y 5, niños, y 118 en el tramo de 15 a 19 años de edad.

Este año, solo en mayo se registraron 6 suicidios infanto-adolescentes. Todos ellos correspondieron a estudiantes en el tramo de 10 a 17 años de edad.

Es conveniente traer a colación el efecto contagio que parece producirse por la difusión comunicacional de los casos. Por ejemplo, en el segundo semestre de 2015, en la ciudad de Viña del Mar se suicidaron al menos cuatro niños en edad escolar, de entre 13 y 16 años, en tanto que en junio de 2016, en Chiguayante se reportó el intento de suicidio de cuatro menores de edad de un centro tutelar dependiente de la red del Sename.

Entre las causas que se esconden detrás de la depresión están los trastornos emocionales y la drogodependencia; también las situaciones de maltrato infantil e intergeneracional; el maltrato emocional pasivo, que es el caso de la instrumentalización emocional de los hijos; la falta de centros juveniles y de redes de apoyo comunitario; los apegos inseguros o fragmentados entre el niño y el responsable de su cuidado personal, sean estos los padres o los tutores legales, educacionales o institucionales; la carencia de competencias parentales apropiadas; la fragmentación familiar; la monoparentalidad; la violencia doméstica y la violencia escolar en todas sus formas; la baja autoestima; la baja tolerancia a la frustración; la escasa capacidad de resiliencia y de habilidades socioemocionales; situaciones de vulnerabilidad y discriminación social, étnica, sexual y geográfica; pobreza; falta de capacitación de los profesionales en una posición de garantes de derechos, especialmente en los establecimientos educacionales; falta de difusión en las direcciones de los colegios chilenos, los centros de padres y de alumnos, a propósito de las diecisiete observaciones del Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas y sus informes quinquenales con respecto al Estado de Chile, y, por supuesto, los graves efectos secundarios de los antidepresivos y antipsicóticos que, con muy escasa regulación, se recetan a edades cada vez más tempranas a niños y adolescentes de nuestro país, debido a la carencia de una ley sobre salud mental.

En tal sentido, en marzo de este año la Organización Mundial de la Salud expresó su preocupación por el abuso de antidepresivos en niños y adolescentes en desmedro del trabajo terapéutico y por los altos índices de depresión en nuestro país.

Las situaciones mencionadas son detectables preferentemente en el espacio escolar. Por desgracia, desconocemos el número de suicidios, filicidios y homicidios de niños y adolescentes que pudieron haberse evitado si el Estado hubiera adaptado a tiempo su legislación jurídica y administrativa a la Convención Internacional de los Derechos del Niño, a través de una ley o de un código integral para la infancia y la adolescencia.

Se necesita implementar un trabajo social y terapéutico temprano en el espacio escolar, con todas las familias. Para ello, el ministerio considera un plan de medidas denominado “Programa Nacional de Prevención del Suicidio”, que tiene seis componentes:

1. Instalación de un sistema de estudio de casos;
2. Implementación de un plan regional intersectorial de prevención del suicidio;
3. Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud;
4. Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales;
5. Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis, y
6. Apoyo técnico para una correcta cobertura mediática y el refuerzo del papel de los medios de comunicación.

Además, en dicho programa se contemplan de manera explícita la prevención del suicidio a través de estrategias como la aplicación a todos los jóvenes de la escala Okasha, que mide ideación suicida e intento suicida previo, y la capacitación de profesionales de atención primaria.

Al inicio, el ministerio estimó un plazo de tres a cuatro años para tener instalados a nivel nacional todos los componentes del citado programa, y esperaba obtener resultados a partir del quinto año de implementación de aquel y comenzar, al mismo tiempo, una in-

flexión negativa en la curva de ascenso de la tasa de mortalidad por suicidios durante los dos primeros años.

La puesta en marcha de dicho programa ha ido avanzando en número de regiones, pero los presupuestos entregados año a año distan mucho de lo solicitado. Actualmente se destina a salud mental apenas entre 2 y 3 por ciento del presupuesto de Salud, cifra inferior a la meta de 5 por ciento que fijó el Plan Nacional de Salud Mental para el año 2010.

Al mismo tiempo, para lograr el cumplimiento de dicho plan, la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio y el logro de las estrategias planteadas para la década 2011-2020 se requieren leyes que respalden su aplicación y cumplimiento. De allí surge la urgencia de avanzar también en una ley sobre salud mental.

Los objetivos del programa aparecen apropiados y acordes a metas de alto estándar. Sin embargo, consideramos que existe una distancia muy grande entre lo esperado de acuerdo al programa y la situación real de los servicios de salud. Por ejemplo, en el control del joven sano, cuando se detecta que un adolescente se encuentra en riesgo de depresión y suicidio y se lo deriva al programa de salud mental correspondiente, no es posible entregarle la atención necesaria, ya que habitualmente están sobrepasados por la demanda. Lo mismo ocurre en la atención primaria.

Según señaló el doctor Minoletti en 2014, “Los centros de salud mental comunitarios aún están muy distantes de cumplir con la norma técnica de uno por cada 40 mil beneficiarios y de disponer de la cantidad de recursos humanos que requieren para su funcionamiento.”.

Esas son las razones por las cuales quisimos convocar a esta sesión especial.

Esperamos que el ministerio nos informe acerca de la prioridad que asigna a los problemas de salud mental, en especial en materia de niños y adolescentes; de cómo se traduce esto en el presupuesto asignado a los programas de salud mental, y, en particular, de la evaluación y avances del Programa Nacional de Prevención del Suicidio.

He dicho.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- La ministra de Educación, señora Adriana Delpiano, me ha solicitado hacer uso de la palabra.

Tiene la palabra, señora ministra.

La señora **DELPIANO**, doña Adriana (ministra de Educación).- Señor Presidente, por su intermedio saludo a todos los parlamentarios presentes.

Mi intervención se referirá al rol del Ministerio de Educación y a lo que estamos haciendo en una materia tan delicada como la que nos ocupa.

Entiendo que en los acuerdos de Comités quedó establecido que yo participara solo un rato en esta sesión y que luego pudiera retirarme de la Sala para asistir a la Comisión de Educación.

Por lo tanto, ofrezco las excusas del caso, para que nadie sienta que me salí de un tema para cuyo tratamiento he sido convocada y que me parece tan importante.

En primer lugar, junto con el Ministerio de Salud tenemos dos mesas de trabajo complementarias, ligadas a la materia en discusión: una relativa al programa llamado “Aulas de Bien Estar”, en la que participan no solo nuestra cartera y la de salud, sino también la Junaeb y Senda, y otra vinculada a una comisión específica que analiza los riesgos de suicidio infantil y adolescente en el país.

Cuando uno se pregunta cuáles son las razones por las que un niño o un adolescente intentan suicidarse, y en algunos casos lo logran, ve que son siempre varias, que es difícil que haya solo una. Ahora, si la escuela no es la causa, por lo menos ella podría ayudar a detectar una situación de dicha índole generada por razones ambientales, de salud mental o como resultado de la situación familiar que el niño y el adolescente viven. Por este motivo, estar atentos y poder prever situaciones de esa naturaleza pasa a ser un elemento muy significativo.

Por otro lado, se requiere que la escuela no colabore con la exigencia excesiva, la descalificación, la burla y el aislamiento del niño, a aumentar la situación de base que lo afecta, entre otros aspectos, en materia de aislamiento, de pérdida de autoestima.

En esa línea, una de las condiciones establecidas respecto del uso de los Fondos de Apoyo a la Educación Pública (FAEP) con los distintos municipios es que en todos los establecimientos educacionales, particularmente en los que tienen más de cuatrocientos alumnos, exista una dupla psicosocial que atienda ese tipo de problemáticas, que muchas veces pasan inadvertidas para el profesor jefe o para los docentes de los distintos ramos.

Queremos profundizar las razones por las cuales un niño falta a clases, está triste o se le nota que ha vivido una situación compleja en su familia. Eso se halla en pleno desarrollo, y ya tenemos un número alto de comunas donde se ha aplicado lo relativo a la dupla psicosocial.

Además, el reglamento de convivencia escolar fue recientemente modificado para que los colegios lo hicieran suyo y lo aplicaran.

Las horas de recreo es otro elemento muy importante en que se producen los factores de aislamiento o de *bullying* hacia los niños, lo que también contribuye a que atenten contra su vida. Es decir, esto se produce no solo dentro de las salas de clases.

En este sentido, la Junaeb ya ha establecido que el próximo año partirá un programa de animadores de recreos en más de quinientos establecimientos, el que, si tiene buenos resultados, podríamos hacerlo absolutamente masivo. Es decir, se intenta que el recreo sea un lugar en el que se promueva mayor integración social, que haya ciertas reglas del juego para que no queden niños solos a disposición de los líderes, que pueden ser muy positivos o muy abusadores y complejos para la vida de otros niños.

Por otra parte, en la educación pública, que absorbe casi al 40 por ciento de los estudiantes, el tema de la salud y de la educación está en manos del mismo sostenedor, que es el alcalde.

Por lo tanto, tiene que compartirse este trabajo con el sistema de salud y los antecedentes del niño y de su familia en materia de salud mental, no para estigmatizar a los estudiantes, sino para poner una particular atención sobre los niños que han intentado suicidarse o que tienen familiares que han querido hacerlo o que lo han logrado, para tener una alerta temprana que nos permita evitar cualquier situación de riesgo en niños de esa edad.

Existen muchas razones que impulsan a un niño o a un adolescente a autoeliminarse.

Claramente, el clima emocional de la familia, la presencia de algún problema de salud mental de los padres o del mismo niño tienen un peso muy específico y son elementos determinantes.

La presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores hace que el suicidio no se vea como una alternativa aberrante, sino como una posibilidad en la vida.

El maltrato infantil y el abuso sexual de los padres o de las personas cercanas hacia los niños son factores muy grandes cuando estos lo llevan en silencio. Muchas veces no son capaces de soportar esa carga, por lo que terminan intentando seriamente suicidarse o haciendo una tentativa de suicidio, que es un llamado de alerta del niño, casi un grito para pedir ayuda directamente.

Existen niños con trastorno de impulsividad o con baja tolerancia a la frustración.

En suma, hay conductas grupales e individuales que facilitan o apoyan que se dé o no se dé esa tendencia. Por ejemplo, el *bullying*, sin lugar a dudas, es un factor trascendental.

Si agregamos que una parte importante del *bullying* se realiza a través de las redes sociales, el niño no siente que enfrenta a alguien o a un grupo que lo agrede, sino a un grupo que lo agrede soterradamente, lo que pasa a ser un factor muy importante.

Además, estos elementos se complejizan en la adolescencia con los temas de identidad sexual. Hay antecedentes que demuestran que los niños transexuales o con orientación sexual distinta tienden a sufrir más *bullying*.

No sé si las cifras que entregará el Ministerio de Salud alcanzarán a mostrar este efecto, pero los datos que maneja nuestro ministerio señalan que los niños y las niñas homosexuales o transexuales no son aceptados por sus pares en una proporción de casi cuatro a uno. Incluso más, en muchos casos ni siquiera los acepta su propia familia.

En consecuencia, este factor pasa a ser un elemento significativo.

No sé si existen suficientes investigaciones sobre conductas suicidas, que indiquen los lugares en los que se han producido y los periodos. Las curvas de algunos años demuestran que hay aumentos del rasgo suicida o de intentos de suicidio. Además, en la adolescencia se agregan los problemas relacionados con el consumo de drogas, alcoholismo y otros elementos que ayudan a detonar este factor.

Según las cifras que dará a conocer la ministra de Salud, afortunadamente el suicidio no está en alza, pero no lo hemos erradicado, por lo que tenemos cifras altas en el país.

Por lo tanto, este trabajo que realizaremos en conjunto con Salud es prioritario para el Ministerio de Educación. Queremos que estas mesas sean realmente efectivas, para que el sistema educativo detecte tempranamente esos rasgos, con el objeto de evitar que se concreten los suicidios de infantes y de adolescentes.

Estos factores se agudizan en los niños que están en su etapa escolar cuando existen exigencias desmedidas. No me refiero solo a las tareas, sino a las exigencias de éxito, a las demandas ligadas con la autoestima y con el valor que los padres asignan al estudio. De esta manera, si les va bien o les va mal en el colegio, pasa a ser uno más de los factores mencionadas, pues los niños entienden que los quieren más o lo quieren menos según su rendimiento.

Entre todos podemos disminuir esa presión que no es natural, que produce una educación muy competitiva y que empuja a los niños a situaciones dramáticas, de las cuales no solo tienen que lamentarse las familias, sino la comunidad entera.

Ofrezco las disculpas del caso porque tendré que ausentarme.

Finalmente, reitero la voluntad de trabajar estos temas en cada colegio y muy de la mano con el Ministerio de Salud.

He dicho.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Presidente).- Tiene la palabra la ministra de Salud, señora Carmen Castillo.

La señora **CASTILLO**, doña Carmen (ministra de Salud).- Señor Presidente, por su intermedio saludo a todos los parlamentarios y a los asistentes a esta sesión.

Haré la introducción general sobre el tema de salud mental infanto-adolescente y suicidio, presentación que posteriormente profundizará el jefe del Departamento de Salud Mental de Salud Pública, doctor Mauricio Gómez.

La presentación está disponible en la página institucional de la Cámara.

La conducta suicida y las muertes debido a ella constituyen una creciente preocupación mundial. Se sabe que aproximadamente 800.000 personas mueren anualmente por esta causa. Por cada muerte intencional autoinfligida, se estima que detrás hay veinte intentos de suicidio; se ha estimado que unas cincuenta personas están presentando una idealización autolítica.

A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años de edad, tema que es muy preocupante. El 75 por ciento de los suicidios se concentra en los países de ingreso mediano y bajo. La tasa promedio mundial de suicidio es de 11,4 por 100.000 habitantes, siendo el doble en hombres que en mujeres. En Chile la relación hombre-mujer es de cinco hombres por una mujer.

Chile presentó un incremento progresivo en la tasa de suicidios entre el 2000 y 2008, llegando a tener una tasa de 12,36 por 100.000 habitantes y 12,92 por 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 19 años.

Desde esa fecha las tasas han ido bajando gradualmente a tasas similares a las del año 2000, y actualmente tenemos una tasa del 10,04 por 100.000 habitantes a nivel global, y de 8,17 en el grupo de 15 a 19 años.

Estos son antecedentes generales, por lo cual ahora delego para que exponga el doctor Mauricio Gómez.

Muchas gracias.

He dicho.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Tiene la palabra el señor Mauricio Gómez, jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud.

El señor **GÓMEZ** (jefe del Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud).- Señor Presidente, voy a intentar exponer algunas cifras, tanto de la epidemiología de la salud mental infanto-juvenil como de la suicidalidad.

En Chile, hasta hace poco carecíamos de epidemiología psiquiátrica infanto-juvenil. En 2012, el doctor Benjamín Vicente y la doctora Flora de la Barra efectuaron un estudio que mostraré en un par de láminas que resumen los datos más importantes.

En primer lugar, es interesante saber que en Chile el 22,5 por ciento de la población infanto-adolescente presenta algún trastorno mental. En esta tabla se muestran dos rangos de edad: de 4 a 11 años y de 12 a 18 años. Podemos ver que los menores de 11 años tienen un predominio de trastornos del comportamiento disruptivo, que agrupa el trastorno por déficit atencional, los trastornos conductuales y los trastornos oposicionistas, principalmente trastornos por déficit atencional.

En el grupo mayor, de 12 a 18 años, aparecen fuertemente los trastornos del ánimo, los trastornos ansiosos y el abuso de sustancias, pero principalmente está la aparición de los trastornos del ánimo.

Este mismo estudio considera un interesante análisis acerca de qué variables se asociaban a la aparición de un trastorno psiquiátrico en este rango de edad. Aparecieron algunas interesantes, como que es más frecuente en el género femenino; que la psicopatología presente en la familia aumenta las posibilidades de presentar trastornos, y que las familias bien constituidas, con un funcionamiento armónico, mejoran el pronóstico.

En relación con el último punto, quiero aclarar que esto no tiene relación con la situación matrimonial, sino con el hecho de que la familia funcione en forma armónica.

La deserción escolar es un factor de alto riesgo, al igual que los antecedentes de maltrato y de abuso sexual, que aparecen fuertemente claros como factores de riesgo para trastornos mentales.

La siguiente tabla muestra un dato interesante que refuerza lo que hemos estimado desde el Ministerio de Salud, esto es, que tenemos una cobertura de tratamiento de salud mental cercana al 20 por ciento para personas que presentan alguna enfermedad mental. Eso lo estimamos tanto en adultos como en el rango infanto-juvenil.

Respecto de las tasas ajustadas de suicidio es interesante darse cuenta de lo que ha ido pasando en Chile. Tenemos una tabla que muestra las cifras desde el año 2000 hasta el año 2014. En ella vemos cómo partimos con una tasa ajustada de 9,75 y tuvimos un alza progresiva hasta el año 2008, cuando llegamos a una tasa de 12,36 por cada 100.000 habitantes. Posteriormente, ha habido una baja igualmente progresiva que el alza. Es bastante simétrica y llega a una cifra, en 2014, de 9,32 por cada 100.000 habitantes.

Esa es la estadística más reciente que tenemos.

En relación con el año 2015, aún no tenemos cifras validadas. Ocurre que las cifras de suicidio demoran mucho en validarse porque tienen que pasar por el Servicio Médico Legal y por la definición del sistema judicial, los que validan que esta muerte fue por suicidio y no por accidente o por acción de terceros.

En la lámina que observan en este momento vemos una línea celeste que muestra el ascenso y, posteriormente, el descenso. Aquí vamos a analizar lo que ha pasado en el rango de 0 a 19 años de edad. Como vemos, hay una tasa que sigue la misma curva que la tasa global: un ascenso progresivo hasta llegar a 4,10 en el año 2008 y, posteriormente, un descenso hasta llegar a una cifra casi similar a la de 2000, de 2,48.

Ahora les muestro la curva que tenemos en el rango de 0 a 19 años de edad. A continuación, vamos a desglosar las cifras. En el grupo de 5 a 9 años de edad, los casos de suicidio son dramáticos. Son cifras muy pequeñas como para construir un gráfico que demuestre la tendencia, pero vemos que también en torno a esos años aparecen los casos en forma más relevante.

Reitero: no hay gráficos por el tamaño de las cifras.

Entre 10 y 14 años de edad ya empiezan a aparecer tasas más relevantes. Vemos que en ese período hubo un aumento que llegó hasta 2,15 en 2008, que fue el máximo de dicho año. Posteriormente, hubo un descenso que no ha llegado a las cifras del año 2000. Aún se mantiene un poco elevado.

El gráfico siguiente es más errático. Eso tiene que ver con los “enes” para construir el gráfico. Aquí está el rango de edad más preocupante, que es el que va de 15 a 19 años de edad. Tenemos una curva similar, de 8,62 por cada 100.000 habitantes, el año 2000, que presenta un ascenso progresivo hasta llegar a 12,92 en 2008.

Esa tasa fue muy alta e incluso superaba la tasa global del país, pues estaba fuertemente centrada en este segmento. Posteriormente, otra vez tuvimos una baja que llegó al 8,17 por cada 100.000 habitantes en ese rango. Esa es la curva que se obtiene de esta tabla.

El gráfico que observan en este momento muestra cómo se comporta la suicidalidad en distintas regiones, porque así nos lo pidió la diputada Hernando en la reunión que sostuvimos en la Comisión de Salud. En ese sentido, vemos que la zona norte del país tiene un comportamiento bastante similar.

En la línea punteada está la cifra promedio país y vemos que la zona norte se mueve por encima y por debajo. En la zona centro es muy interesante ver que, por ejemplo, la Región Metropolitana tiene una tasa de suicidio bastante por debajo del promedio nacional y, tal como dijo la diputada Hernando en su presentación, en el área sur del país, en la Región de Los Lagos y otras, tenemos una tasa de suicidios que está por sobre la media nacional. Esos son datos importantes a la hora de definir las políticas.

El gráfico que observan ahora -solo lo traje como ejemplo- está focalizado en el rango de 0 a 19 años de edad. Tenemos procesada esta información, que podemos entregar en detalle para que cada uno de los señores diputados pueda analizar las cifras región por región. Este está focalizado en el área sur, donde detectamos una situación más preocupante que la del resto del país.

Ahora bien, ¿cuáles son las causas de las enfermedades mentales y de la conducta suicida? Sabemos que la causalidad de las enfermedades mentales y de la conducta suicida es bastante multifactorial. Hay factores constitucionales, pero no son los más importantes.

Un tema muy fuerte en las enfermedades mentales tiene que ver con los determinantes sociales. Ante una enfermedad mental tenemos que pensar que la manera de intervenir sobre ella no se reduce solo a la acción de salud. La intervención de los problemas de salud mental se relaciona tanto con la promoción como con la prevención, esto es, con evitar la aparición o detectar precozmente la enfermedad, y también con la oferta de servicios de salud mental que sean cercanos a las personas, las que deben tener la posibilidad de acceder a atención de salud mental en sus barrios y en sus comunas.

Por eso en Chile ha habido un desarrollo interesante en la atención primaria y en el desarrollo de centros comunitarios de salud mental.

Los trastornos mentales comunes, que son los más frecuentes, prevalentes y más influenciados por los determinantes sociales son la depresión, la ansiedad, el consumo de sustancias. Esos determinantes sociales tienen distintos niveles de inserción. Tenemos niveles estructurales. Así, por ejemplo, a nivel mundial está demostrado que las personas pobres se enferman más de trastornos mentales y se enferman más de muchas otras enfermedades. Según estudios de la OMS, la desigualdad y el endeudamiento afectan mucho la salud mental.

Después, tenemos determinantes sociales intermedios, entre los cuales figuran la oferta de servicios, los sistemas educativos, los sistemas donde la gente trabaja.

Posteriormente, encontramos los determinantes más proximales –que mencionaron la diputada Marcela Hernando y la ministra de Educación-, que muestran la importancia de los fenómenos de la violencia y el abuso sexual, la violencia de género, el maltrato en la escuela, la mala calidad de vida laboral, la pobreza y soledad en la vejez, por mencionar diferentes determinantes que actúan en distintos momentos de la vida.

En la siguiente lámina se observa una muestra de lo que ocurre con los síntomas depresivos por nivel socioeconómico. Se ha dicho mucho que Chile tiene el récord mundial de depresión a raíz de las cifras de la Encuesta Nacional de Salud que arrojó un 17 por ciento de síntomas depresivos. Dicho dato está lejos de ser un diagnóstico, pues se trata de síntomas depresivos, y así fue explicado en la Encuesta Nacional de Salud. La cifra que tenemos en cuanto a depresión data de los años 90, que ahora se va a actualizar con la nueva Encuesta Nacional de Salud, donde se va a aplicar un módulo de salud mental completo del CIDI, que va a analizar varias enfermedades, las más prevalentes, entre ellas la depresión. Esperamos tener datos bastante más confiables respecto de la prevalencia de la enfermedad depresiva y no solo de los síntomas.

La tabla es interesante, porque demuestra que la aparición de síntomas depresivos en los hombres tiene mucho que ver con los niveles socioeconómicos. Además, aparece un dato interesante en mujeres, pues las de nivel medio tienen más síntomas depresivos que las de nivel alto e, incluso, que las de nivel bajo. Eso se puede relacionar con la sobrecarga que tienen las mujeres del nivel medio en términos de endeudamiento y duplicidad de funciones para el mantenimiento de la familia.

La imagen que se muestra a continuación tiene por objeto mostrar que en países como Inglaterra también hay una relación entre los niveles socioeconómicos alto y más bajo en relación con la aparición de trastornos mentales.

El siguiente gráfico da a conocer cómo actúan los determinantes sociales a lo largo de la vida, influidos por los contextos macroestructurales de la sociedad, por los sistemas educativo, de trabajo, de salud, por las etapas del ciclo vital y cómo esto se acumula progresivamente para generar bienestar o malestar y, eventualmente, enfermedades. Esto demuestra cómo en el proceso de formación de la familia este daño que se produce en el ciclo de vida influye en el período prenatal y en los primeros años de vida y van perpetuando esta inequidad al interior del sistema familiar y de la comunidad.

La lámina siguiente pretende reforzar algo similar, en el sentido de que sabemos que los determinantes sociales están provocando problemas de salud que generan alta carga de enfermedades, prevalencia e incidencia de enfermedades y comorbilidad de enfermedades, lo que genera impacto social y económico.

En el área de salud mental, como sociedad generalmente estamos preocupados de nuestro sistema de salud y hemos pasado de un modelo más asilar, centrado el hospital psiquiátrico, a uno enfocado en el hospital general y estamos transitando fuertemente a uno más comunitario de salud mental. Sin embargo, nos estamos preocupando poco de los determinantes sociales; o sea, continuamente estamos produciendo enfermedad y, como sistema de salud, estamos respondiendo a una producción creciente de enfermedades, pero hay poca acción para evitar que esos determinantes sociales afecten la salud mental de la población.

Entonces, debemos pensar cómo actuamos. A nivel estructural, creemos en las grandes políticas públicas, como repensar el modelo de sociedad, la seguridad social –hoy se está realizando una discusión importante al respecto-, la estructura impositiva, las leyes laborales

y el sistema educativo, lo que podría tener efectos importantes sobre la salud mental de la población.

A nivel intermedio, debemos actuar sobre los sistemas y, como dijo la señora ministra de Educación, en la prevención en los sistemas educativos, en la estructura del trabajo, en el nivel sanitario y en la participación.

Al respecto, el acceso a los servicios de salud y de salud mental, el programa de habilidades para la vida, como el de aulas de bienestar –que mencionó la ministra de Educación–, el sistema de protección del programa Chile Crece Contigo, la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo, las campañas contra la violencia, las campañas de prevención del suicidio y la necesidad de acciones intersectoriales, en lo que queremos hacer énfasis. El sector salud no puede estar solo en la tarea de proteger la salud mental de la población, sin desconocer la enorme responsabilidad que tiene este sector en proveer servicios.

A nivel proximal, hay mucho que hacer sobre la familia, donde está la prevención y abordaje terapéutico de la violencia y el abuso sexual infantil y la prevención y abordaje terapéutico de la violencia de género, entre otros ejemplos.

La siguiente es una lámina del Registro Estadístico Mensual (REM), del Ministerio de Salud. En 2005 teníamos 270.000 personas bajo control por problemas de salud mental, tanto en atención primaria como de especialidad; en 2015, la cifra ascendió a 772.000 personas. Es decir, se triplicó la atención. Este es solo el 20 por ciento de la prevalencia. Por lo tanto, tenemos una cobertura cercana al 20 por ciento, pero prácticamente hemos triplicado la cantidad de pacientes atendidos.

La siguiente figura muestra la cobertura en atención primaria para trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes entre 5 y 19 años. Se observa una cobertura cercana al 25 por ciento en menores de 5 a 9 años, de 25 por ciento entre 10 y 14 años, de 21 por ciento entre 15 y 19 años y un total de 24 por ciento.

La otra imagen muestra las unidades de hospitalización psiquiátrica infanto-adolescente. Se ha discutido mucho sobre las camas y vemos que en la actualidad hay 157 camas operativas en el país, tres servicios de salud en proceso de instalación de camas, por lo que a fin de año debíamos llegar a 180 camas operativas. En 2017, con la apertura del Hospital Dr. Exequiel González Cortés, llegaríamos a 196 camas infantiles. Cabe destacar que en 2014 solo había 17 camas. Sin embargo, aún tenemos una brecha de alrededor de 200 camas.

El gráfico siguiente muestra los servicios de salud que cuentan con equipos comunitarios, los que tienen servicio de atención a la infancia: de 146 equipos comunitarios, 97 tienen atención infanto-juvenil, lo que demuestra un avance, pero también una brecha.

La siguiente lámina muestra la formación de psiquiatras infantiles, que ha sido una fuerte limitante para el desarrollo de la especialidad y para la instalación de servicios de psiquiatría, incluso para contar con un GES de depresión para menores de 15 años, porque no había suficientes profesionales para garantizar su atención. En la actualidad hay 128 psiquiatras infantiles en proceso de formación dentro de la meta presidencial de 4.000 especialistas para Chile durante este período de gobierno.

Además, está el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, que tuvo su primera formulación en 2008 y que se formalizó en 2013. En 2015 recibió un aporte presupuestario que permitió tres encargados del programa en tres regiones. Este año hemos solicitado la expansión presupuestaria para contar con encargados en las regiones restantes.

Asimismo, estamos trabajando en un sistema informático de vigilancia nacional del suicidio. En este momento está adjudicado a una empresa, que lo está preparando para el próximo año.

El programa tiene seis líneas de trabajo, como mencionó la diputada Hernando: sistema de vigilancia de la conducta suicida, planes regionales intersectoriales, capacitación del personal de salud, donde se ha hecho un fuerte esfuerzo; programas preventivos en establecimientos educacionales, sistema de ayuda en situación de crisis y trabajo con los medios de comunicación.

En la imagen se observa lo que considera cada una de estas líneas de trabajo. Es interesante destacar que incluye tanto intentos como suicidios consumados. Para los intentos, se hace todo un seguimiento para prevenir que un intento termine en un suicidio efectivo.

También están los planes regionales intersectoriales, la capacitación, donde se ha hecho un fuerte trabajo, especialmente en atención primaria; los programas preventivos en establecimientos educacionales, que es un área que está empezando fuertemente. Se observa en la imagen cómo se instala el Programa Nacional de Prevención del Suicidio al interior del sistema educativo.

Además, está el sistema de ayuda en situación de crisis, que es un área que aún no está bien instalada.

En este momento estamos trabajando con el Programa Salud Responde, cuyos funcionarios han sido capacitados para responder llamadas telefónicas por riesgo suicida. Es muy importante el apoyo técnico de los medios de comunicación, que está instalándose fuertemente. La idea es trabajar a nivel regional con los medios de comunicación para que exista una información correcta sobre el fenómeno del suicidio y no datos que generen más riesgo de estos.

En conclusión, el problema del suicidio es muy relevante y demanda la atención creciente respecto de los estados en los jóvenes. Se trata de una población con pocas causas de muerte, como los accidentes y la violencia. No obstante, a nivel mundial el suicidio siempre se encuentra entre las dos primeras causas de muerte entre jóvenes, y en Chile es la segunda.

Las causas son multifactoriales y complejas. Una de ellas se relaciona con la depresión. Cerca del 60 por ciento de los suicidios están relacionados con dicha enfermedad. Los determinantes sociales, cómo estos actúan y el sufrimiento psicológico en el contexto familiar, escolar, laboral y de envejecimiento, son importantes a la hora de analizar el riesgo suicida.

Como país debemos actuar en varios niveles. Es necesario mejorar la calidad de vida de las personas, reducir la inequidad y las condiciones de pobreza, instalar programas intersectoriales de promoción y prevención, y fortalecer las acciones sobre los determinantes.

También necesitamos reforzar la atención de salud mental. Contamos con cerca del 40 por ciento de la instalación que se requiere a nivel nacional. Por ello, hay que continuar en esa tarea.

Además, es muy importante completar la implementación del Programa Nacional de Prevención del Suicidio, que tiene un diseño acorde con los estándares internacionales.

Pensamos que la conducta suicida es tratable y que es posible prevenirla.

He dicho.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- En el tiempo de la bancada de la Unión Demócrata Independiente, tiene la palabra el diputado señor Jorge Ulloa.

El señor **ULLOA**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a la ministra de Salud, señora Carmen Castillo. Asimismo, aplaudo la iniciativa de la diputada Marcela Hernando.

Es importante que la Cámara de Diputados debata sobre un tema que, sin duda, tiene componentes muy distintos.

El suicidio constituye un grave problema de salud pública. De acuerdo con las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada treinta segundos una persona intenta quitarse la vida, 3.000 mueren diariamente y 60.000 lo intentan.

Es un grave problema de salud pública si consideramos que cerca de 1.000.000 de personas mueren anualmente como consecuencia del suicidio, lo que corresponde al doble de muertes causadas por guerras y accidentes de tránsito. Incluso, se estima que en 2020 la cifra podría llegar a 1.500.000.

El suicidio, sin ninguna duda, supone un problema complejo. Provoca devastación emocional, social y económica en el entorno de la persona que lo comete, particularmente en el núcleo familiar.

Reitero: hay más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Por lo tanto, se hace necesario tomar medidas sobre el particular.

En esta sesión hemos recibido información del Ministerio de Salud, la que da cuenta de que el comportamiento suicida está determinado por diferentes causas, como la pobreza, el desempleo, la pérdida de familiares, la ruptura de relaciones afectivas, problemas jurídicos o laborales, etcétera. También inciden el abuso de alcohol y de estupefacientes. Asimismo, el suicidio tiene relación con el maltrato en la infancia, el aislamiento social y distintos trastornos de carácter mental, como la esquizofrenia y la depresión.

Por cierto, la idea de convocar a esta sesión especial es comprender que en nuestro país este fenómeno va en constante aumento. Se señala que Chile se ha convertido en el segundo país miembro de la OCDE con mayor tasa de suicidios. Naturalmente, este es un llamado de atención para nosotros como autoridades, para todos quienes tenemos responsabilidades públicas, por lo que debemos buscar la manera de incorporar mecanismos preventivos con la idea de disminuir y, ojalá, terminar con esta triste realidad y proyección.

Sin duda, nuestra sociedad vive un individualismo muy acentuado, en que los valores familiares, la amistad, la autoridad o el trabajo muchas veces son ignorados. Prevalece la competitividad exacerbada, que, naturalmente, compromete las relaciones interpersonales, provocando el daño que estamos examinando.

Pudiera parecer extraño observar cómo suben los índices de suicidio adolescente, pero no lo es, pues simultáneamente se han ido incrementando los niveles de alcoholismo, drogadicción y delincuencia, todos flagelos que debemos enfrentar como sociedad.

Por lo tanto, más que esconder la cabeza y hacer la vista gorda, debemos buscar, en conjunto, la manera de elaborar una agenda pública que contenga políticas, planes y programas, coordinada por el Ministerio de Salud, con participación de otras reparticiones públicas.

Esta realidad nos obliga como legisladores a establecer mecanismos legales para proteger a nuestra juventud de este verdadero asesino que es el suicidio.

Es cierto que hay un problema de pérdida de valores. La familia está más relativizada y disminuida; se observa cómo la autoridad va perdiendo prestigio entre los adolescentes. El profesor es tratado como uno más, el carabinero es agredido y el poder de los padres disminuye frente a la conducta de sus hijos. Sin embargo, no hacemos nada al respecto.

Hay una responsabilidad que debiéramos asumir. Para eso creo necesario reiterar un aspecto que señaló la diputada Marcela Hernando: los recursos que se han destinado a salud mental han sido, claramente, menores respecto de lo que inicialmente se había proyectado.

Lo importante no es el óptimo, sino avanzar. Pero da la impresión de que el avance es muy menor, pues los montos destinados a salud mental son claramente insuficientes y, lo que es peor, no están a la altura para iniciar un proceso que permita revertir la situación.

Es necesario que se incrementen los recursos para salud mental y que busquemos fórmulas que nos permitan a todos como sociedad intentar construir un país con mayor compromiso e interés por las personas, de modo que el individualismo exacerbado disminuya y dé paso a una mayor solidaridad y comprensión. Siento que ello es parte de nuestra obligación y es algo a lo que todos están invitados a participar.

He dicho.

El señor **MEZA** (Presidente accidental).- Tiene la palabra el diputado Iván Flores.

El señor **FLORES**.- Señor Presidente, no voy a repetir lo que señaló la diputada Marcela Hernando. No obstante, quiero hacerme una pregunta, y también a los colegas, a la ministra de Salud y a los funcionarios de la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales presentes en la Sala: ¿es Chile un país feliz?

Me hago esa pregunta considerando que, tal vez, en una definición extremadamente simple, la felicidad es entendida como una emoción que siente alguien que estima haber alcanzado algún propósito o alguna meta; es una medida de bienestar subjetivo. En efecto, las personas que sienten que son más felices son aquellas que piensan en positivo, avanzan y crean.

Recuerdo que a mediados de los 90 me reuní en Barcelona con uno de los mejores especialistas del mundo en urbanismo, Jordi Borja, personaje que ha construido obras gigantescas en ciudades gigantescas, quien, cuando supo que yo era chileno, me dijo: “Chile, lindo país; lástima que esté lleno de histéricos estresados.”. Por cierto, creo que se refería a Santiago, no a las regiones.

Estamos ante un gran tema que estimo que debe seguir siendo discutido, no solo en una sesión especial como esta, que cuenta con poca asistencia porque hay comisiones trabajando simultáneamente.

Nuestro colega Miguel Ángel Alvarado es autor de tres de los cuatro proyectos de resolución que aprobamos en la sesión de hoy en la mañana referidos a salud; dos relativos a salud mental y dos a personas con discapacidad.

La diputada Marcela Hernando nos ha traído para su discusión un problema del cual sabemos muy poco, y que es el resultado extremo de otro problema mucho mayor. El suicidio es el resultado tristemente extremo de un problema mucho mayor, que corresponde al ámbito de la salud pública: el desorden que tenemos como sociedad respecto de la salud mental. Ello tiene que ver con la felicidad versus las metas, con la felicidad versus las limitaciones, con la felicidad versus las imágenes, los estereotipos o la presión social, y con la felicidad versus el estrés. Todo ello deriva en la pérdida de la salud mental.

Podemos afirmar que enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes o la hipertensión, que son lejos las más recurrentes y las que generan las estadísticas más llamativas en el país, son causadas o agravadas por condiciones ambientales o externas causadas por una tensa o difícil relación al interior y entre los miembros de una comunidad. Es bien sabido que la sobreexigencia en razón de una competitividad cada vez más descarnada, laboral o social, genera una situación de estrés grave; que la inestabilidad laboral y las dificultades derivadas de un empleo precario, situaciones que ocurren en alta proporción en Chile, generan una sensación de incerteza hacia el futuro para la persona, el trabajador y la familia; que el grave nivel de endeudamiento de las familias de niveles socioeconómicos medio y medio bajo –los pobres han seguido siendo pobres aunque tengan un apoyo subsidiario- ha sido advertido

desde los primeros días de los años 90, luego de recuperada la democracia. A ello cabe agregar la relativización de instituciones como la familia.

En resumen, el estrés y la sobrecarga arrojan cifras alarmantes, como las que señaló la diputada Marcela Hernando. Chile es el segundo país en Latinoamérica en cuanto a tasas de suicidio infanto-adolescente y está entre los diez países del mundo con las más altas tasas de suicidio infanto-juvenil. Hablo de los países que tienen cifras al respecto, por cierto.

Dichos indicadores han mostrado una leve baja. Sin embargo, existen algunas discrepancias entre las fuentes que recogimos junto a la diputada Marcela Hernando y las que aquí se nos han expuesto, a lo menos en relación con el período 2012 a 2015, pues claramente desde 2000 a la fecha las cifras no han bajado. Por el contrario, subieron hasta 2012 y 2013, y hubo una pequeña disminución en 2013, 2014 y 2015; pero son cifras que se ubican por sobre las de 2000.

En todo caso se trata de puras y simples estadísticas, porque por cada niño que muere tenemos un problema social como país. Y cuando el problema se traduce en el intento de suicidio, debería darnos vergüenza a todos que estemos discutiendo este tema. Hay autores en Chile que señalan que la estadística sobre el intento de suicidio prácticamente no existe, porque la persona que incurre en esa conducta ingresa según sus lesiones a ser atendido en la red hospitalaria y egresa cuando aquellas son reparadas, pero no es derivada a una institución de salud mental para que reciba apoyo adicional. En consecuencia, me preocupan las estadísticas.

Ahora, si de estadísticas hablamos, cabe mencionar que Chile está por sobre el promedio de la OCDE y ocupa el segundo lugar en Latinoamérica en cuanto a suicidio infanto-juvenil. ¡Eso me da vergüenza! ¡Me importa un comino la cifra, si no la llevamos a los números absolutos! Somos campeones en Latinoamérica en suicidio infanto-juvenil.

Me da más vergüenza todavía ver que en mi Región de Los Ríos, una región con menos de 400.000 habitantes, el año pasado hubo 144 intentos de suicidio llevados a cabo por mujeres en su mayoría y por estudiantes. En la Región de Coquimbo hubo 74 intentos de suicidio, y en la de Valparaíso, 168 en el último año. Esa es la cifra oficial que logró recogerse en materia de intento de suicidio. ¡Quién sabe cuántos casos más habrá!

Por lo tanto, las cifras que hemos conocido sobre personas suicidadas son las que en materia de estadística no reflejan ninguna duda. Pero las cifras oficiales sobre intentos de suicidio solo dan cuenta de aquellos que llegaron a consumarse y que fueron notificados como tales. Así lo dice un autor.

En junio de este año una asociación de padres de hijos suicidados planteó su problema en la Comisión de Educación. Yo no estaría tan conforme con la situación, como recién lo expresó la ministra Delpiano, sino muy preocupado, porque lo que denunciaron los padres de niños suicidados es que el presupuesto del Ministerio de Educación para programas de salud mental infanto-juveniles ha disminuido. ¡Esa es la cifra dura!

Entonces, sin perjuicio de la mayor o menor claridad en el concepto, de las intenciones institucionales, de los discursos o de los muchos cuadros que nos han presentado, los que dan cuenta del problema, la verdad es que lo importante es ver si estamos logrando solucionarlo, porque las tasas reales indican que se trata de una cuestión bastante mayor.

Por otra parte, el proyecto de acuerdo presentado por los colegas Marcela Hernando y Víctor Torres tiene que ver con un asunto presupuestario. En este sentido, si no contamos con los recursos suficientes para mejorar la atención en salud mental, todo lo que digamos en esta sesión será verso, no evitará más muertes ni intentos de suicidio.

Conocemos la sociedad en que vivimos y la situación de la familia chilena. Lo que necesitamos es un mayor presupuesto en salud mental, esto es, aumentar de 2 a 5 por ciento el presupuesto de salud que se destinada a atender la salud mental, a la familia, a los niños y jóvenes que actualmente tienen problemas y terminan intentando suicidarse, lo que algunos logran.

No le digo “gracias”, señor Presidente, pues de verdad me siento muy avergonzado luego de escuchar las cifras que nos han entregado respecto de la realidad de este problema en el país.

He dicho.

El señor **SILBER** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado Juan Luis Castro.

El señor **CASTRO**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a la ministra de Salud, Carmen Castillo, y a dos grandes profesionales de la salud mental en nuestro país, a quienes conozco desde hace muchos años: los doctores Mauricio Gómez y Rafael Sepúlveda, quienes manejan de manera brillante el tema que nos convoca, porque saben mucho de él. Les doy las gracias por haber venido a la Cámara de Diputados a exponer sobre este grave problema que afecta a nuestra sociedad.

De igual modo, quiero manifestar que respaldo todas las intervenciones de los diputados que me han precedido en el uso de la palabra.

Ahora bien, plantearé dos interrogantes.

En primer lugar, reconociendo que en las ochenta patologías consideradas en el Plan AUGE se incluyen la depresión y las adicciones al alcohol y a las drogas, pregunto: ¿Con dicho plan estamos llegando a tiempo para prevenir depresiones en etapas precoces y adicciones en etapas tempranas? ¿Cuánta gente se acerca hoy con estos problemas a los consultorios de atención primaria, como puerta de entrada al sistema? Muy poca.

Esa es la percepción que uno tiene. ¿Por qué? Porque si hablamos de adolescentes, ¡caramba que cuesta -si se consigue- llevarlos a un consultorio, como puerta de entrada al sistema!

¿Dónde está la vigilancia? ¿Dónde están los centinelas del sistema? En la educación escolar y en el barrio, esto es, en los amigos, que muchas veces son los primeros en detectar los cambios conductuales de una persona o una enfermedad que esté produciendo preferentemente esos síntomas.

Por lo tanto, creo que enfrentamos una dificultad para combatir intersectorialmente el eslabón final, que es el suicidio, cuando el cuadro depresivo o la adicción, o la suma de ambos, u otros factores, no pudieron ser controlados o atajados a tiempo, situación que lleva al adolescente a la muerte.

Mis queridos colegas psiquiatras saben muy bien que hace pocas décadas prácticamente no se conocía ni se hablaba de la depresión en niños. Ello “no existía”; no se describían esos cuadros en la medicina. Hoy sabemos que sí existen y que tienen una expresión sintomática distinta a la habitual.

¿Estamos llegando a tiempo para enfrentar ese problema? No pido ni más psiquiatras ni más camas; sería absurdo pedirlo, o pedir más especialistas que lleguen a todas partes en Chile.

En el contexto de la enorme demanda asistencial que tienen actualmente los consultorios, ¿se encuentran preparados nuestros médicos generales de atención primaria para pesquisar esos cuadros depresivos? No lo sé. Por eso me preocupa saber en qué punto se encuentra el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, que ya tiene ocho años de evolución.

En las poblaciones, en las villas y en distintos lugares nos encontramos con familias muy dañadas porque sus hijos están inmersos en la drogadicción o en una profunda depresión. En muchas ocasiones ellas no saben qué hacer porque en gran parte de esos casos se termina simplemente dando una pastilla, un antidepresivo, una sertralina u otro producto como paliativo para sacar adelante a un muchacho que nadie sabe si va a tener o no acceso a un tratamiento, pues la psicoterapia prácticamente no existe para abordar tales casos.

Por lo tanto, creo que la presente sesión es muy importante y, como muy bien lo dijeron los diputados Iván Flores y Marcela Hernando, en esta materia debemos pasar de la retórica a la acción. El Ministerio de Salud ha hecho mucho, pero se requieren recursos concretos y definiciones estratégicas. Sé que la Unidad de Salud Mental de dicha secretaría de Estado hace todo lo posible, pero todo ese esfuerzo de propuestas chocará siempre con la infranqueable barrera de los recursos económicos, que dependen del Ministerio de Hacienda.

Por último, me gustaría que en el debate presupuestario que viene, que se iniciará dentro de pocos días o semanas más, pusiéramos el dedo en la llaga para mejorar esta situación.

He dicho.

El señor **SILBER** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Miguel Ángel Alvarado.

El señor **ALVARADO**.- Señor Presidente, el tema que nos encontramos discutiendo en esta sesión especial –felicitó a la diputada Marcela Hernando por su iniciativa- golpea a la familia, a la sociedad en su conjunto, en fin, a todos. Nadie puede quedar ajeno a un problema grave que se puede prevenir. Eso es lo más dramático del problema en comento.

Por otra parte, es lamentable que en Sudamérica encabecemos los *rankings* de suicidios en adolescentes y niños. Junto con Argentina tenemos las tasas más altas en esa materia, lo que da cuenta de la multiplicidad de factores que influyen en este fenómeno.

Como sociedad quizás deberíamos plantearnos otro modelo, en el que no solo se dé cuenta de la parte económica, a través del PIB, sino que además, como muy bien dijo el diputado Iván Flores, se hagan mediciones de otros índices, como el de felicidad humana, factor que hemos dejado muy de lado en las tres últimas décadas, pues se ha dado mayor importancia a la productividad y al trabajo. En este sentido, qué podemos pedir si el padre o la madre salen de la casa y dejan solos a sus hijos, pero no *motu proprio*, sino por las exigencias de nuestro tipo de desarrollo.

Ello nos ha llevado a la sobremedicación. Al respecto, llamo la atención acerca de lo fácil que resulta adquirir antidepresivos en las ferias libres o ir a una farmacia de cualquier sector y, luego de entregar dos o tres argumentos, adquirirlos sin tener que presentar receta médica.

En el caso de los niños, creo que no hay uno que no haya sido evaluado o que no esté recibiendo tratamiento. Ya es algo habitual.

Asimismo, nos damos cuenta de que en los días en que se realizan mediciones escolares los niños que por su propia naturaleza son relativamente inquietos no van a clases, porque para tales mediciones se exige la asistencia solo de aquellos que obtienen mejor rendimiento. De esa manera vamos segregando, discriminando y haciendo *bullying*.

Lo anterior da cuenta de que nuestro país debe reflexionar. No podemos tener las cifras que actualmente exhibimos en la materia. No basta con medicar a nuestros niños y adolescentes; aquí hay algo más, y debemos planteárnoslo: ¿Qué está pasando con la familia? ¿Está constituida por padre y madre? ¿Sus integrantes almuerzan y cenan juntos? ¿Dialogan? Eso no se da. ¿Ellos comparten la lectura de un libro o una revista? Eso no ocurre en Chile, porque las exigencias de productividad, de los *rankings* y del Simce son cada día mayores. Y vamos midiendo y midiendo.

En tal sentido, debo manifestar que la frustración en nuestra región es latente, y hemos tenido crisis realmente escandalosas. Lo que pasó hace pocos años en Tongoy da cuenta de una situación dramática, así como lo que sucede muchas veces en lugares apartados.

Como se planteaba acá, el *peak* del problema, lo que ya no tiene solución, es la muerte, el suicidio; pero hay síntomas y mensajes previos que nos envían los adolescentes, los que debemos saber escuchar. Cuando alguien dice que se va a suicidar, hay que prestarle atención y acogerlo. No deben quedar como gritos desesperados en el desierto. Esa persona debe tener una mano que la acoja, la reciba, la comprenda y la escuche. Si seguimos con estos paradigmas, caeremos en la anomia y en la desvergüenza, y nuestra dignidad no valdrá absolutamente nada.

Creemos que una sociedad no debe medirse solo por los *rankings* económicos, que tanto han predominado en nuestro país, sino también por otros indicadores. ¿Cómo estamos en Chile en cuanto a lectura, a comunidades sociales, a entretención? ¿En los deportes siempre hay que ganar, superar exigencias de todo tipo, porque si no somos un fracaso y no basta con competir? ¿Cómo estamos en los resultados de la PSU, respecto de la cual una gran cantidad de chicos debe hacer un preuniversitario para que les vaya mejor, el que además es pagado? Otros estudiantes que tienen notas 6,8 o 6,9 no pueden hacer un preuniversitario, por lo que obtienen cuatrocientos puntos cuando dan la PSU. Entonces, ¿cómo termina ese joven que no pudo acceder al preuniversitario?

Esta dicotomía de sociedad que hemos construido nos tiene que llevar a reflexionar. No es un tema médico ni psiquiátrico que nos permita apuntar con el dedo a los responsables; tampoco se trata de que los psicólogos estén haciendo mal su pega, sino que estamos frente a un tema de la sociedad en su conjunto.

Cuando alguien se suicida, cuando alguien nos golpea de esa forma, cuando un rruiseñor se nos muere -estamos hablando de niños-, todos somos responsables.

Creo que es el momento de reflexionar para cambiar el PIB económico por otro. No sé cómo lo podemos hacer, pero hay que dar cuenta de esos índices. ¿Por qué países que son económicamente más pobres que el nuestro, tienen mejor *ranking* de felicidad? A lo mejor debemos replantearnos lo que estamos haciendo.

Creo que es un momento muy oportuno para aprender sobre estas cosas. Me hubiera gustado que la Sala estuviese más llena, porque esta materia es responsabilidad de todos, pero entiendo que muchos diputados están trabajando en las comisiones que están funcionando.

Finalmente, insisto en que es un problema de vivienda, de cultura y de amistad; en definitiva, es un problema de amor.

He dicho.

El señor **SILBER** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Claudio Arriagada.

El señor **ARRIAGADA**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a la señora ministra y a sus asesores.

Chile necesita un gran acuerdo nacional respecto del Sename. Un tema como este no debe ser un botín de disputa política, en la que los ministros de turno deban venir a defenderse de las críticas sobre su gestión, mientras que la oposición encuentra la oportunidad para denostar la eficiencia de la gestión. Es un tema muy profundo y serio. Lo del Sename tiene que ver con la realidad que represento.

Al inicio de mi gestión como diputado traje unas petaquitas que en las poblaciones llaman “chelitas”, las que tienen resolución sanitaria. Se trata de una botellita que contiene un producto sin una sola gota de alcohol, que en las poblaciones se vende a trescientos pesos. Cuando el afán de lucro no abandona ningún nicho de consumo, a los niños que no pueden comprar una botella de ron o de pisco se les ofrece esa alternativa a un costo de trescientos pesos.

El país presencia como normal que los niños embolsen las mercaderías en los supermercados por una propina, no por un sueldo. Si nos detenemos un segundo para preguntar qué pasa con ese niño, obtendremos por respuesta, por ejemplo, que llegó hasta segundo medio; si le preguntamos a qué hora ingresa al supermercado, responderá que a las 4 de la tarde. Debemos tener claro que algunos supermercados tienen turnos hasta las doce de la noche; es decir, no se les respeta ninguna norma laboral.

Existe abuso policial en contra de los niños de las poblaciones. Algunos legisladores se han tentado en resolver el problema de la delincuencia con más represión, con más restricción, con más medidas coercitivas, con las que evitan el desafío que tenemos como país de presentar un proyecto de mediano y largo plazo que resuelva las causas más profundas, que están en la pobreza.

El 14 por ciento de pobreza que reconoce el Ministerio de Desarrollo Social en los últimos indicadores, se duplica en el ámbito de la adolescencia, particularmente en las zonas periféricas.

Debo aclarar que el problema de la salud mental afecta no solo a los niños más pobres, porque en los sectores altos también hay jóvenes que se suicidan por soledad, por abandono y por distintas razones. A la soledad de los niños del sector que represento, se suma la pobreza en sus múltiples expresiones.

Entonces, ¿hasta cuándo escucharemos estos discursos vacíos o realizaremos este tipo de sesiones? Parece que jugamos con algo tan doloroso para un país. Ninguna madre puede dejar de estremecerse por el sufrimiento de un niño encarcelado. La cárcel de Puente Alto para menores estaba destinada para doscientos niños, pero existe cuatro veces esa población. Seiscientos mil niños están en los programas del Sename. ¿Hasta cuándo? Debemos ser más eficientes.

He dicho.

El señor **SILBER** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Matías Walker.

El señor **WALKER**.- Señor Presidente, por su intermedio saludo a la señora ministra.

No quiero repetir las cifras, pero no podemos dejar de mencionar el doloroso guarismo relacionado con la Región de Coquimbo: 74 intentos de suicidio, cifra a la que se refirió la diputada Marcela Hernando, a quien felicito por la iniciativa de celebrar esta sesión.

Quiero ir a las cosas concretas.

Se inicia la discusión del proyecto de ley de presupuestos. Espero que pongamos los recursos en el Sename, que es donde ponemos nuestros discursos, con lo que se va a demostrar el real compromiso del gobierno y del Congreso Nacional, como órganos colegisladores, en los temas de salud mental.

Como se ha dicho, sabemos que el 2 por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud se emplea en salud mental, en circunstancias de que tenemos una prevalencia del 20 por ciento de enfermedades mentales.

En el caso del área de protección del Sename, estas enfermedades están presentes en el 60 por ciento de los niños y adolescentes, mientras que en el área de justicia es peor aún, ya que están presentes en el 80 por ciento de los niños y adolescentes.

Hemos visto que Chile, después de Corea del Sur -país que también tiene una sobrecarga de estrés en los escolares-, presenta uno de los principales aumentos en el último período, salvo en los últimos dos años, como ha precisado la ministra.

Las tasas de suicidio en Chile han aumentado notablemente en la última década, lo que hoy nos sitúa como el país con la segunda tasa más alta a nivel mundial, después de Corea del Sur.

Pese a valorar que el Ministerio de Salud consiguiese por primera vez recursos en 2015 para la implementación del denominado Programa Nacional de Prevención del Suicidio en las regiones de Coquimbo, O'Higgins y Aysén, quiero señalar la paradoja de la ausencia de buenos planes de políticas públicas en los colegios, aspecto al cual ya se refirió el diputado Alvarado,.

¡Qué lástima que se haya tenido que ir la ministra de Educación! Hace cinco años, la Cámara de Diputados aprobó un proyecto de ley para aumentar de dos a cuatro las horas de educación física y de deportes en los establecimientos educacionales. Chile es uno de los países con los más altos índices de obesidad infantil, además de enfermedades mentales. Eso tiene que ver también con la ejecución de solo el 1 por ciento del presupuesto destinado a infraestructura deportiva en colegios públicos de nuestro país, como informaron ayer los medios de comunicación a nivel nacional.

Llegó la hora de discutir el proyecto de ley de presupuestos. Pongamos los recursos donde hemos puesto la retórica en esta sesión.

He dicho.

El señor **SILBER** (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado señor Felipe Letelier.

El señor **LETELIER**.- Señor Presidente, en las décadas de los 70 y de los 80, el foco del suicidio estuvo puesto, curiosamente, en los países nórdicos, que tienen los más altos estándares de vida. La pregunta que se hacía mucha gente en ese entonces era por qué sucedía eso en países tan desarrollados y ricos, como Suecia y Dinamarca, pero especialmente en Suecia.

¿Qué pasa en Chile hoy? Hago una sola pregunta: si instalamos la jornada escolar completa, ¿por qué le damos tantas tareas a los niños para la casa? ¿Dónde está el espacio de ese niño para que pueda compartir en su casa? Hay niños que están hasta las diez u once de la noche haciendo sus tareas.

Como dijo el diputado Arriagada, estamos en una sociedad en que hay cero derecho, incentivo y reconocimiento para los niños. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo no miente: el señor dinero nos está ganando la batalla; hay que competir y competir, y el que ganó, ganó. Como dijo en su momento Juan Pablo II -no yo-, estamos inmersos en un modelo salvaje. El individualismo, la mezquindad y el egoísmo constituyen el patrón de conducta. ¡No existe solidaridad ni hermandad en nuestra sociedad! ¡Todos estamos llamados a cambiar aquello!

Este no es solo un tema de salud, sino social, político, cultural y educacional.
He dicho.

El señor **SILBER** (Vicepresidente).- Tiene la palabra la diputada señora Denise Pascal.

La señora **PASCAL** (doña Denise).- Señor Presidente, este es un problema que nos golpea a todos, porque hoy en Chile alrededor de 1.500 personas se suicidan al año.

De esa cantidad, un porcentaje muy alto corresponde a jóvenes de edades entre 14 y 24 años, es decir, entre quienes se encuentran ingresando a la pubertad y quienes terminan su etapa estudiantil o ingresan al mundo laboral.

Muchas veces pensamos que estas situaciones nunca nos van a tocar, pero cuando le ocurre a alguien cercano, uno siente en el alma y en el corazón el dolor que significa perder a un ser querido, y más aún cuando no nos hemos dado cuenta de por qué llegaron a tomar esa decisión.

El suicidio ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte de los jóvenes, después de los accidentes automovilísticos, que ocupan el primer lugar.

Esto nos tiene que llamar a reaccionar. Es necesario saber cuál es el camino que, como país, como Estado, más allá del gobierno de turno, estamos recorriendo para evitar esta situación.

Hay países que han logrado disminuir los índices de suicidio. Uno de ellos es España, que, entre los integrantes de la OCDE, era el que presentaba mayor mortalidad infantil a consecuencia de suicidios. Hoy ha bajado sus índices gracias al trabajo realizado en los colegios con jóvenes en la edad de la pubertad, mediante un tratamiento directo destinado a detectar a los niños que, por alguna razón, son hipersensibles y se retraen.

La forma de alcanzar el objetivo es no solo a través del apoyo médico, sino también del apoyo de los profesores y de los compañeros de curso.

Hay dos situaciones que ocurren en nuestro país, que no debemos olvidar: el *bullying* y la separación que se hace en los colegios entre hombres y mujeres. A esa edad, algunos se sienten monstruos. No nos damos cuenta de la forma como ellos van cambiando su fisonomía, su aspecto físico, lo que, muchas veces, los lleva a sentirse totalmente ajenos en una sociedad que, de acuerdo con los estereotipos establecidos por la televisión, les indica cómo deben ser los jóvenes, es decir, las chicas y los chicos.

En los países que han ido superando este problema, la televisión, el colegio, los profesores y el sistema de salud han actuado integrados. Lamentablemente, en nuestros distritos vemos que jóvenes con problemas psiquiátricos solo tienen derecho a cinco sesiones de apoyo psicológico. ¿Cómo es posible que esos jóvenes puedan salir adelante?

Quiero llamar la atención. Hoy, como Estado de Chile, debemos trabajar de manera integral y unidos. No se trata de un tema médico o un tema escolar, se trata de un tema que la sociedad en su conjunto debe abordar.

He dicho.

El señor **SILBER** (Vicepresidente).- Tiene la palabra la diputada señora Paulina Núñez.

La señora **NÚÑEZ** (doña Paulina).- Señor Presidente, para revertir el aumento sostenido de suicidios se requiere de un plan integral.

Después de escuchar a quienes han intervenido, sobre todo a la diputada Marcela Hernando y al diputado Iván Flores, quienes impulsaron la realización de esta sesión, queda claro que tenemos que dejar los discursos y los debates de lado, por muy válidos e importantes que sean, para empezar con la acción.

Quiero consultar a la ministra en qué situación se encuentra el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, cuántos recursos se han inyectado desde que este plan está en ejecución y si estos han ido incrementándose respecto del aumento sostenido del suicidio en Chile, y cuánto se piensa invertir en el futuro, considerando que estamos *ad portas* de empezar la discusión del proyecto de ley de presupuestos.

Si bien la bancada de Renovación Nacional apoya por unanimidad la iniciativa, solicitamos que exista claridad en la partida de Salud con miras a la próxima discusión del proyecto de ley de presupuestos.

Asimismo, quiero saber respecto de los recursos detenidos y de los recursos fijos que fortalecen el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, así como aquellas medidas que nos permitan no seguir aumentando la tasa de suicidios.

No me quiero extender más ni en el diagnóstico ni en un análisis, pero sí quiero una respuesta respecto del estado de avance del programa, de los recursos invertidos, de cuánto más se piensa invertir. Además, deseo saber si en la partida de Salud estará claramente definido cuántos recursos se van a inyectar en esta materia para, al menos, frenar la actual tasa, que ha ido en aumento en los últimos años.

He dicho.

El señor **SILBER** (Vicepresidente).- Cerrado el debate.
Se suspende la sesión.

-Transcurrido el tiempo de suspensión:

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Continúa la sesión.
Tiene la palabra la diputada Karol Cariola.

La señorita **CARIOLA** (doña Karol).- Señor Presidente, los integrantes de la Comisión de Salud no pudimos estar presentes en esta sesión, debido a que estuvimos sesionando en forma simultánea con la Sala, por lo que pido insertar mi discurso.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Así se hará, señorita diputada.

El señor Secretario dará lectura a la parte dispositiva del primer proyecto de acuerdo presentado.

El señor **LANDEROS** (Secretario).- Proyecto de acuerdo N° 7, de los diputados Marcela Hernando, Cristina Girardi, Sergio Gahona, Iván Flores, Víctor Torres, Carlos Abel Jarpa, Ricardo Rincón, Fernando Meza, Miguel Ángel Alvarado y Alberto Robles, que en su parte dispositiva señala:

Por lo anterior los diputados firmantes, en virtud de lo expuesto y de la facultad que le confiere el artículo 52, número 1), letra a), inciso primero, de la Constitución Política de la República de Chile, que señala que son atribuciones exclusivas de la Cámara de Diputados “Adoptar acuerdos o sugerir observaciones, con el voto de la mayoría de los diputados presentes, los que se transmitirán por escrito al Presidente de la República, quien deberá dar respuesta fundada por medio del Ministro de Estado que corresponda, dentro de treinta días.”, solicitan a su excelencia la Presidenta de la República que destine efectivamente el 5 por ciento del presupuesto total de salud para los objetivos señalados en el Plan de Salud Mental para el próximo quinquenio y que la Ley de Presupuestos 2017 contemple los recursos necesarios para cumplir con el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, tal como está diseñado.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 60 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Aguiló Melo, Sergio; Alvarado Ramírez, Miguel Ángel; Álvarez-Salamanca Ramírez, Pedro Pablo; Arriagada Macaya, Claudio; Boric Font, Gabriel; Browne Urrejola, Pedro; Cariola Oliva, Karol; Carmona Soto, Lautaro; Castro González, Juan Luis; Ceroni Fuentes, Guillermo; Chahin Valenzuela, Fuad; Chávez Velásquez, Marcelo; Cicardini Milla, Daniella; Edwards Silva, José Manuel; Espinosa Monardes, Marcos; Farcas Guendelman, Daniel; Fernández Allende, Maya; Flores García, Iván; Fuentes Castillo, Iván; Gahona Salazar, Sergio; Gutiérrez Gálvez, Hugo; Hernando Pérez, Marcela; Jaramillo Becker, Enrique; Jarpa Wevar, Carlos Abel; Jiménez Fuentes, Tucapel; Kort Garriga, Issa; Lemus Aracena, Luis; Lorenzini Basso, Pablo; Melo Contreras, Daniel; Morano Cornejo, Juan Enrique; Nogueira Fernández, Claudia; Norambuena Farías, Iván; Núñez Arancibia, Daniel; Núñez Urrutia, Paulina; Ojeda Uribe, Sergio; Ortiz Novoa, José Miguel; Pascal Allende, Denise; Pilowsky Greene, Jaime; Poblete Zapata, Roberto; Rathgeb Schifferli, Jorge; Rincón González, Ricardo; Rocafull López, Luis; Rubilar Barahona, Karla; Sabag Villalobos, Jorge; Saffirio Espinoza, René; Saldívar Auger, Raúl; Sandoval Plaza, David; Santana Tirachini, Alejandro; Schilling Rodríguez, Marcelo; Sepúlveda Orbenes, Alejandra; Silber Romo, Gabriel; Teillier Del Valle, Guillermo; Torres Jeldes, Víctor; Trisotti Martínez, Renzo; Tuma Zedan, Joaquín; Turres Figueroa, Marisol; Ulloa Aguillón, Jorge; Urrutia Bonilla, Ignacio; Van Rysselberghe Herrera, Enrique; Walker Prieto, Matías.

La señora **PROVOSTE** (doña Yasna).- Señor Presidente, no se registró mi voto a favor.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Se dejará constancia de su voto en el acta, señora diputada.

El señor Secretario dará lectura a la parte dispositiva del siguiente proyecto de acuerdo.

El señor **LANDEROS** (Secretario).- Proyecto de acuerdo N° 8, de los diputados Marcela Hernando, Iván Flores, Miguel Ángel Alvarado, Víctor Torres, Yasna Provoste, Fernando Meza, Carlos Abel Jarpa, Alberto Robles, Cristina Girardi e Iván Fuentes, que en su parte dispositiva señala:

En merito de lo anteriormente expuesto y en virtud del artículo 52, número 1), letra a), inciso primero, de la Constitución Política de la República, venimos en proponer el siguiente proyecto de acuerdo:

La Cámara de Diputados acuerda:

Que se oficie a su excelencia la Presidenta de la República para que instruya al Ministerio de Salud para elaborar un plan que permita instalar una política y programas de prevención intersectorial de la enfermedad mental. Asimismo, apoyar la instalación plena del Programa Nacional de Prevención del Suicidio en sus seis componentes, con un fuerte énfasis en los niños, niñas y adolescentes, sin descuidar todas las etapas del curso de vida. Asimismo, reforzar la atención de salud mental de carácter comunitario y ligada a la salud general en sus tres niveles de atención.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- En votación.

-Efectuada la votación en forma económica, por el sistema electrónico, dio el siguiente resultado: por la afirmativa, 70 votos. No hubo votos por la negativa ni abstenciones.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- **Aprobado.**

-Votaron por la afirmativa los siguientes señores diputados:

Aguiló Melo, Sergio; Alvarado Ramírez, Miguel Ángel; Álvarez Vera, Jenny; Álvarez-Salamanca Ramírez, Pedro Pablo; Arriagada Macaya, Claudio; Barros Montero, Ramón; Boric Font, Gabriel; Browne Urrejola, Pedro; Cariola Oliva, Karol; Carmona Soto, Lautaro; Carvajal Ambiado, Loreto; Castro González, Juan Luis; Ceroni Fuentes, Guillermo; Chahin Valenzuela, Fuad; Chávez Velásquez, Marcelo; Cicardini Milla, Daniella; De Mussy Hiriart, Felipe; Espinosa Monardes, Marcos; Farcas Guendelman, Daniel; Fernández Allende, Maya; Flores García, Iván; Fuentes Castillo, Iván; Gahona Salazar, Sergio; Gutiérrez Gálvez, Hugo; Hernando Pérez, Marcela; Jaramillo Becker, Enrique; Jarpa Wevar, Carlos Abel; Jiménez Fuentes, Tucapel; Kast Rist, José Antonio; Kast Sommerhoff, Felipe; Kort Garriga, Issa; Lemus Aracena, Luis; Lorenzini Basso, Pablo; Melero Abaroa, Patricio; Melo Contreras, Daniel; Meza Moncada, Fernando; Morano Cornejo, Juan Enrique; Nogueira Fernández, Claudia; Norambuena Farías, Iván; Núñez Arancibia, Daniel; Núñez Urrutia, Paulina; Ortiz Novoa, José Miguel; Pascal Allende, Denise; Pérez Arriagada, José; Pilowsky Greene, Jaime; Poblete Zapata, Roberto; Provoste Campillay, Yasna; Rathgeb Schifferli, Jorge; Rincón González, Ricardo; Rocafull López, Luis; Rubilar Barahona, Karla; Sabag Villalobos, Jorge; Saffirio Espinoza, René; Saldívar Auger, Raúl; Sandoval Plaza, David; Santana Tirachini, Alejandro; Schilling Rodríguez, Marcelo; Sepúlveda Orbenes, Alejandra; Silber Romo, Gabriel; Silva Méndez, Ernesto; Soto Ferrada, Leonardo; Teillier Del Valle, Guillermo; Torres Jeldes, Víctor; Trisotti Martínez, Renzo; Tuma Zedan, Joaquín; Turrez Figueroa, Marisol;

Ulloa Aguillón, Jorge; Urrutia Bonilla, Ignacio; Van Rysselberghe Herrera, Enrique; Walker Prieto, Matías.

El señor **LETELIER**.- Señor Presidente, ¿puede agregar mi voto a favor?

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Se dejará constancia de su voto en el acta, señor diputado.

-Los textos íntegros de los proyectos de acuerdo y de resolución figuran en la página de internet de la Cámara de Diputados, cuya dirección es:

<http://www.camara.cl/trabajamos/pacuerdos.aspx>

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Tiene la palabra el diputado Fuad Chahin.

El señor **CHAHIN**.- Señor Presidente, pido que cite a reunión de Comités.

El señor **ESPINOSA**, don Marcos (Vicepresidente).- Así lo haré, señor diputado.

Cito a reunión de Comités.

Por haber cumplido con su objeto, se levanta la sesión.

-Se levantó la sesión a las 18.25 horas.

GUILLERMO CUMMING DÍAZ,

Jefe suplente de la Redacción de Sesiones.

VI. DOCUMENTOS DE LA CUENTA**1. PROYECTO INICIADO EN MOCIÓN DE LAS DIPUTADAS SEÑORAS RUBILAR, FERNÁNDEZ Y PASCAL, Y DE LOS DIPUTADOS SEÑORES ANDRADE, ARRIAGADA, BARROS, FARÍAS, JIMÉNEZ; MONCKEBERG, DON CRISTIÁN, Y TORRES, QUE “MODIFICA EL CÓDIGO DEL TRABAJO CON EL OBJETO DE OTORGAR PROTECCIÓN A LOS TRABAJADORES QUE DECLARAN COMO TESTIGOS EN SEDE JUDICIAL”. (BOLETÍN N° 10892-13)**

“Al
Presidente de la
H. Cámara de Diputados
de la República

Para nadie es desconocido que el derecho del trabajo es un derecho parcial, que se justifica y funda, en la desigualdad de las partes, y es por esto que se considera un derecho protectorista o tutelar. Parte de la base que hay una parte que debemos resguardar sus derechos, o a lo menos las vías para ejercer estos.

Una de las formas más importantes, si no la más, es la facultad de recurrir a los tribunales de justicia, buscando que estos velen por el imperio del derecho, y restauren el orden legal de las cosas, ya sea enmendando o corrigiendo conductas atentatorias a los derechos de los trabajadores, ya sea sancionando y ordenando indemnizar cuándo no es factible corregir.

Para que un trabajador pueda recurrir a los Tribunales, y estos puedan hacer valer el imperio del derecho, es necesario contar con pruebas que acrediten lo que el trabajador señala. Unos de los medios de prueba con que este cuenta, es la declaración de testigos, los que generalmente serán compañeros de trabajo.

¿Pero de que forma un trabajador declara en un juicio, cuándo el resultado de este puede afectar de manera negativa a su empleador?

¿Qué estabilidad o protección tiene ese testigo que puede resultar fundamental para el esclarecimiento de los hechos?

Si bien es cierto el Código del Trabajo consagra normas destinadas a proteger a los trabajadores en el ejercicio, en particular, de sus derechos fundamentales, el mismo se ve seriamente cercenado por las limitaciones de elementos de prueba que efectivamente permitan acreditar sus respectivas acciones. La prueba testimonial, desde el punto de vista del trabajador, constituye un elemento de prueba esencial, que permite comprobar los hechos a través de testigos presenciales de los hechos, quienes se ven expuestos, en el caso de prestar servicios para el empleador demandado o denunciado, a raíz de un sensible vacío de la legislación que no les entrega protección efectiva en el caso de declarar en contra de su empleador.

Es por ello que resulta indispensable establecer un margen de protección mínimo a quienes prestan declaración en juicio o en gestiones administrativas, a efecto de que no se vean expuestos a represalias ni a acciones discriminatorias en razón de prestar declaración ante un ente administrativo o ante un Juez.

EL presente proyecto tiene precisamente por objeto incorporar la debida protección a los trabajadores que se presentan en calidad de testigos, extendiendo el alcance de la garantía de indemnidad establecida en el inciso tercero del artículo 485 del Código del Trabajo.

1.- Texto Original:

Art. 485. El procedimiento contenido en este Párrafo se aplicará respecto de las cuestiones suscitadas en la relación laboral por aplicación de las normas laborales, que afecten los derechos fundamentales de los trabajadores, entendiéndose por éstos los consagrados en la Constitución Política de la República en su artículo 19, números 1º, inciso primero, siempre que su vulneración sea consecuencia directa de actos ocurridos en la relación laboral, 4º, 5º, en lo relativo a la inviolabilidad de toda forma de comunicación privada, 6º, inciso primero, 12º, inciso primero, y 16º, en lo relativo a la libertad de trabajo, al derecho a su libre elección y a lo establecido en su inciso cuarto, cuando aquellos derechos resulten lesionados en el ejercicio de las facultades del empleador.

También se aplicará este procedimiento para conocer de los actos discriminatorios a que se refiere el artículo 2º de este Código, con excepción de los contemplados en su inciso sexto.

Se entenderá que los derechos y garantías a que se refieren los incisos anteriores resultan lesionados cuando el ejercicio de las facultades que la ley le reconoce al empleador limita el pleno ejercicio de aquéllas sin justificación suficiente, en forma arbitraria o desproporcionada, o sin respeto a su contenido esencial. En igual sentido se entenderán las represalias ejercidas en contra de trabajadores, en razón o como consecuencia de la labor fiscalizadora de la Dirección del Trabajo o por el ejercicio de acciones judiciales.

Interpuesta la acción de protección a que se refiere el artículo 20 de la Constitución Política, en los casos que proceda, no se podrá efectuar una denuncia de conformidad a las normas de este Párrafo, que se refiera a los mismos hechos.

2.- Propuesta:

Se modifica inciso tercero del artículo 485, en el sentido de reemplazar, a continuación de la frase “Dirección del Trabajo”, la letra o con la frase “u otro organismo público”, agregando a continuación una coma, y, reemplazar el punto final, a continuación de la palabra “judiciales”, por la frase “o por prestar testimonio en las mismas”.

Proyecto de ley:

Art. Único: Reemplaces del inciso tercer, después del punto seguido la frase “En igual sentido se entenderán las represalias ejercidas en contra de trabajadores, en razón o como consecuencia de la labor fiscalizadora de la Dirección del Trabajo o por el ejercicio de acciones judiciales.”, por la frase:

“En igual sentido se entenderán las represalias ejercidas en contra de trabajadores, en razón o como consecuencia de la labor fiscalizadora de la Dirección del Trabajo u otro organismo público, por el ejercicio de acciones judiciales o por prestar testimonio en las mismas.”.