

# Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile

*Informe elaborado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con  
Discapacidad Mental*

**2014**



**Observatorio DDHH  
Discapacidad Mental**

[www.observatoriodiscapacidadmental.cl](http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl)

Diez personas encerradas con llave mueren en un incendio en una casa de reposo de Paillaco.

## Víctimas eran nueve pacientes psiquiátricos y una cuidadora del recinto.

*Casa de reposo funcionó 28 años sin permiso ni control y cobraba \$250 mil al mes por paciente. Municipio solo le entregó patente de hospedaje.*

“Este hogar no está sujeto a la fiscalización que ordena la ley respecto de los hogares de larga estadía ni respecto de los hogares protegidos para personas con discapacidad”, aseguró el Seremi de Gobierno de Los Ríos. También explicó que “nuestras facultades no contemplan abordar la fiscalización de hogares que no están considerados dentro de lo que la normativa legal señala”.

“Todos eran pacientes psiquiátricos que tenían enfermedades ya compensadas con remedios” señala una cuidadora. “Ninguno de ellos era peligroso. Todos comían e iban al baño solos. Solo necesitaban ayuda para bañarse”. Los pacientes esquizofrénicos recibían tratamiento en Valdivia y sus medicamentos eran enviados al Hospital de Paillaco, donde la administradora del establecimiento los retiraba.

Sobre la rutina de las cuidadoras, una de ellas cuenta que podían dormir en este hogar pues tenían una pieza para ello. “Podíamos dormir en la noche porque ninguno de los pacientes era alterado. Todos eran buenos”. Sobre que los pacientes durmieran encerrados en sus piezas, aseguró que eso dependía del criterio de cada cuidadora.

*El Mercurio (7 y 8 de abril de 2014)*

**Este informe debe ser citado como:** Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile*. Santiago, Chile.  
[www.observatoriodiscapacidadmental.cl](http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl)

# ***Autores***

**Alberto Minoletti**, *Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Universidad de Chile.*

**Juan Carlos Cea**, *Centro de Acción Crítica en Salud Mental.*

**Bárbara Gaete**, *Centro de Acción Crítica en Salud Mental.*

**Mauricio Gómez**, *Observatorio DD.HH. Personas con Discapacidad Mental.*

**Pablo Monares**, *Fundación Rostros Nuevos (Hogar de Cristo)*

**Marcela Sandoval**, *Centro de Salud Mental y Derechos Humanos (CINTRAS)*

**Bárbara Soto**, *Observatorio DD.HH. Personas con Discapacidad Mental.*

# ***Consultores***

**Carmen Artaza**, *Fundación COANIL.*

**Alberto Carvajal**, *Corporación Coordinadora de Organizaciones de Familiares Usuarios y Amigos de Personas con Afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM).*

**Leonor Cifuentes**, *Observatorio DD.HH. Personas con Discapacidad Mental.*

**Erika Díaz**, *Observatorio DD.HH. Personas con Discapacidad Mental.*

**Dhayana Guzmán**, *Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH).*

**Johana Fuentes**, *Programa de Rehabilitación Psicosocial COSAM Maipú.*

**Juan Manso**, *Universidad Central.*

**Viviana Pereda**, *Comunidad Terapéutica de Peñalolén.*

**Marisa Radrigán**, *Corporación Intégritas.*

**Ximena Rayo**, *Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Universidad de Chile.*

# Índice General

Índice de Tablas	5
Índice Figuras	7
Siglas	9
Presentación	10
Introducción	11
1. Concepto de Discapacidad Mental	14
2. Prevalencia de discapacidad mental en Chile	16
<i>Conclusiones</i>	18
3. Derecho de las personas con discapacidad mental a un reconocimiento igual al de las otras personas ante la ley (Artículo 12 de la CDPD)	19
<i>Indicadores del nivel de logro del derecho a igual reconocimiento ante la ley en Chile</i>	21
<i>Conclusiones</i>	26
4. Derecho de las personas con discapacidad mental a la libertad y seguridad (artículo 14 de la CDPD)	27
<i>Indicadores del nivel de logro del derecho a la libertad y seguridad de la persona en Chile</i>	28
<i>Conclusiones</i>	31
5. Derecho de las personas con discapacidad mental a la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (artículo 15 de la CDPD)	32
<i>Indicadores del nivel de logro del derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en Chile</i>	33
<i>Conclusiones</i>	36
6. Derecho de las personas con discapacidad mental a vivir en forma independiente y a ser incluidos en la comunidad (Artículo 19 de la CDPD)	37
<i>Indicadores del nivel de logro del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad en Chile</i>	38
<i>Conclusiones</i>	40
7. Derecho de las personas con discapacidad mental a la educación (artículo 24 de la CDPD)	41
<i>Indicadores del nivel de logro del derecho a la educación en Chile</i>	42
<i>Conclusiones</i>	44
8. Derecho de las personas con discapacidad mental a la salud (artículo 25 de la CDPD)	45
<i>Indicadores del nivel de logro del derecho a la salud en Chile</i>	46

<i>Financiamiento</i>	46
<i>Atención de Salud Mental</i>	47
<i>Cobertura de Atención de Salud Mental</i>	48
<i>Calidad y continuidad de atención en salud mental</i>	48
<i>Discriminación en la atención de salud mental</i>	50
<i>Conclusiones</i>	53
9. Derecho de las personas con discapacidad mental a la habilitación y rehabilitación (Artículo 26 de la CDPD)	54
Indicadores del nivel de logro del derecho a la habilitación y rehabilitación en Chile	55
Conclusiones	59
10. Derecho de las personas con discapacidad mental al trabajo y empleo (artículo 27 de la CDPD)	60
<i>Indicadores del nivel de logro del derecho al trabajo y empleo en Chile</i>	61
<i>Conclusiones</i>	63
11. Derecho de las personas con discapacidad mental a un nivel de vida adecuado y protección social (artículo 28 de la CDPD)	64
<i>Indicadores del nivel de logro del derecho a un nivel de vida adecuado y protección social en Chile</i>	65
<i>Conclusiones</i>	68
12. Derecho de las personas con discapacidad mental a participar de la vida política y pública (Artículo 29 de la CDPD)	69
<i>Indicadores del nivel de logro del derecho a la participación en la vida política y pública</i>	70
<i>Conclusiones</i>	72
13. Conclusiones	73
Referencias	76
Anexo: Lista de indicadores sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad en Chile	82

# Índice de Tablas

Criterios utilizados para definir el nivel de logro en los distintos indicadores	13
Tabla 1. Definición persona con discapacidad mental como sujeto de derecho. Adaptado de Cámara de Diputados y Fundación para las Américas	20
Tabla 2. Capacidad jurídica de persona con discapacidad mental. Adaptado de Cámara de Diputados (2013)	21
Tabla 3. Medidas desde un “Modelo de apoyo en la toma de decisiones” acordes con el artículo 12 de la CDPD. Adaptado de Fundación para las Américas y Consejo directivo de la OPS	22
Tabla 4. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar de “entrega de información a los usuarios sobre sus derechos en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos	23
Tabla 5. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “participación de los usuarios en las decisiones sobre su tratamiento en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos	24
Tabla 6. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “acceso de los usuarios a sus fichas médicas en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos	24
Tabla 7. Nivel de logro del derecho a igual reconocimiento ante la ley de las personas con discapacidad mental	25
Tabla 8. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la libertad y seguridad personal	30
Tabla 9. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la protección contra la tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes	35
Tabla 10. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad	39
Tabla 11. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la educación	43
Tabla 12. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento de estándares de programas psicosociales, intervención de red de apoyo y medicación. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos	49

Tabla 13. Hospitales psiquiátricos y su influencia sobre los servicios de psiquiatría de hospitales generales (tabla de construcción propia basada en información de WHO-AIMS)	51
Tabla 14. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la salud en Chile	52
Tabla 15. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “participación de los usuarios en sus planes de recuperación en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos	55
Tabla 16. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “apoyo a usuarios en el acceso a empleo en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos	57
Tabla 17. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la habilitación y rehabilitación en Chile	59
Tabla 18. Contradicción entre la ley 18.600 de Chile y la Convención de ONU referente a la remuneración que deben recibir las personas con discapacidad mental por su trabajo	62
Tabla 19. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental al trabajo y empleo	63
Tabla 20. Barreras para el derecho a recibir pago por los días de licencia médica por enfermedad mental	66
Tabla 21. N° y tasa de personas con discapacidad (PcD) y discapacidad mental (PcDM) que recibieron pensiones asistenciales el año 2004 (PASIS) y pensiones básicas solidarias el año 2012 (PBSI)	67
Tabla 22. Estimación del número de personas con discapacidad mental (PcDM) que requieren pensión básica solidaria de invalidez (PBSI) basado en datos de Encuesta CASEN 2011	67
Tabla 23. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a un nivel de vida adecuado y protección social	68
Tabla 24. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “apoyo a usuarios a participar en la vida política y pública en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos	71
Tabla 25. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la participación en la vida política y pública	71

# Índice de Figuras

Figura 1. Porcentaje de personas con discapacidad mental en Chile	16
Figura 2. Discapacidad intelectual y psíquica según nivel socioeconómico	17
Figura 3. Personas con discapacidad mental por tramos de edad	17
Figura 4. Tipos de discapacidad mental	18
Figura 5. Artículo 12 de la CDPD: Principales disposiciones sobre el derecho a igual reconocimiento ante la ley de las PcDM	19
Figura 6. Artículo 14 de la CDPD: Principales disposiciones sobre el derecho a la libertad y seguridad de las PcDM	27
Figura 7. Porcentajes de hospitalizaciones involuntarias en hospitales psiquiátricos y generales en el año 2012	29
Figura 8. Artículo 15 CPCD: Principales disposiciones sobre protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes para PcDM	32
Figura 9. Porcentaje de instituciones visitadas por Comisiones de Protección en el año 2012	34
Figura 10. Porcentaje de personas que experimentan contención y/ o aislamiento durante la hospitalización	34
Figura 11. Artículo 19 de la CDPD: Principales disposiciones sobre el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad de las PcDM	37
Figura 12. Número de camas en servicio de larga estadía de hospitales psiquiátricos y en hogares y residencias protegidas	38
Figura 13. Artículo 24 de la CDPD: Principales disposiciones sobre educación para PcDM	41
Figura 14. Porcentaje de escuelas con profesional de salud mental en Chile, Argentina y Uruguay	42
Figura 15. Porcentaje de niños con discapacidad mental que asisten a escuelas especiales y generales en Chile	43
Figura 16. Artículo 25 de CDPD: Principales disposiciones sobre el derecho a la salud de las PcDM	45



Figura 17. Porcentaje destinado a salud mental del presupuesto de salud del sistema público. Chile 1990-2012	46
Figura 18. Porcentaje del presupuesto de salud destinado a SM en Chile y otros países	46
Figura 19. Distribución del presupuesto de salud mental entre los diferentes tipos de dispositivos en el año 2012	47
Figura 20. Tasa de horas de profesionales y técnicos para tratamiento ambulatorio especializado por 100 mil beneficiarios FONASA (2010)	48
Figura 21. Porcentaje de personas en tratamiento por enfermedad mental en un año	48
Figura 22. Indicadores de calidad y continuidad del tratamiento de primer episodio esquizofrenia	49
Figura 23. Tasa de hrs/sem de profesionales de salud mental ambulatorios por 40.000 beneficiarios FONASA 2012	50
Figura 24. Porcentajes de personas atendidas en centros ambulatorios de especialidad que reciben intervenciones psicosociales, por servicio de salud	50
Figura 25. Artículo 26 de la CDPD: principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho de las PcDM a la habilitación y rehabilitación	54
Figura 26. Porcentajes de usuarios que reciben intervenciones para esquizofrenia	57
Figura 27. Artículo 27 de CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre trabajo y empleo para PcDM	60
Figura 28. Modelo chileno de discriminación y exclusión laboral de PcDM	61
Figura 29. Porcentaje de personas de 15 años y más con y sin discapacidad mental que tiene empleo en Chile	62
Figura 30. Artículo 28 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho de las personas con discapacidad mental a un nivel de vida adecuado y protección social	65
Figura 31. Artículo 29 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho de las personas con discapacidad mental a la participación en la vida pública	70

# Siglas

ANUSSAM	: Agrupación Nacional de Usuarios del Sistema de Salud Mental
CASEN	: Encuesta de Caracterización Socioeconómica
CDPD	: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CE	: Corta Estadía
CESAM	: Centro de Salud Mental
CORFAUSAM	: Coordinadora de Familiares, Usuarios y Amigos de Personas con Afecciones de Salud Mental
DDHH	: Derechos Humanos
DSM-III-R	: Diagnostic Statistical Manual (Manual Estadístico de Diagnóstico) versión III Revisada.
DEIS	: Departamento de Estadísticas e Información en Salud
ENDISC	: Estudio Nacional de la Discapacidad
FONIS	: Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud
FONADIS	: Fondo Nacional de Discapacidad
FONASA	: Fondo Nacional de Salud
GES	: Garantías Estatales en Salud (Programa Público de Cobertura en Salud)
HG	: Hospital general
INDH	: Instituto Nacional de Derechos Humanos
IPC	: Índice de Precios al Consumidor
IPS	: Instituto de Previsión Social
ISAPRE	: Instituciones de Salud Previsional
MINSAL	: Ministerio de Salud
MINEDUC	: Ministerio de Educación
NSE	: Nivel socioeconómico
OCDE	: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	: Organización Mundial de la Salud
ONG	: Organización no Gubernamental
ONU	: Organización de las Naciones Unidas
OPS	: Organización Panamericana de la Salud
PASIS	: Pensión Asistencial de Invalidez
PBSI	: Pensión Básica Solidaria de Invalidez
PcDM	: Persona con Discapacidad Mental
PLANDISC	: Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social de Personas con Discapacidad
RRHH	: Recursos humanos
SENADIS	: Servicio Nacional de la Discapacidad
SENAME	: Servicio Nacional de Menores
SEREMI	: Secretaría Regional Ministerial
SM	: Salud mental
SS	: Servicio de Salud
UDP	: Universidad Diego Portales
WHO-AIMS	: World Mental Health Assessment Instrument for Mental Health System (Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud)

## Presentación

Este trabajo es el primer producto del Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental y el primer diagnóstico que se realiza en nuestro país a la luz de la Convención de Discapacidad. Con él deseamos aportar a las propias personas involucradas y sus organizaciones así como al desarrollo de las políticas públicas. Constituye desde ahora una línea base con la cual nos proponemos hacer seguimiento de las políticas y leyes e influir en su desarrollo e implementación.

No es casual que el equipo inicial de esta iniciativa haya estado constituido por personas que hemos trabajado en el área de la salud, la salud mental y la discapacidad. Hemos sido partícipes de los avances y las carencias, de los logros y las frustraciones. También hemos sido testigos de las violaciones de derechos, marginalización y exclusión de las personas con discapacidad mental, así como del despliegue de ellos al acceder a espacios de libertad y ciudadanía.

Se han incorporado nuevas personas al trabajo del Observatorio, y es así como en este diagnóstico hemos contado con la participación de miradas diversas en lo profesional, generacional, conceptual e incluso en la relación usuario - prestador, unidos por el enfoque de derechos, el cual es también el hilo conductor del presente informe. En poco más de un año hemos consolidado nuestros objetivos y líneas de trabajo, definiendo además de éstas, el desarrollo de los contenidos para impulsar una Ley de Salud Mental y una estrategia comunicacional. Los/las invitamos a sumarse.

El enfoque de derechos humanos es ineludible. Ya no hay duda que el destino de las personas con discapacidad mental depende sólo en una menor parte de la atención psiquiátrica, y que en cambio son la libertad, la capacidad legal, la vivienda, la familia, la educación, el trabajo, la recreación y la

participación, en síntesis la inclusión social y la ciudadanía, los componentes esenciales donde se juega el destino de ellas, al igual que el de todas las personas.

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad es un poderoso instrumento del derecho internacional construido con la activa participación de técnicos y usuarios, familiares y autoridades. Es un desafío que mueve los límites y obliga al Estado a reformular sus políticas y legislaciones, sus prácticas y la forma en que organiza sus recursos, ya no desde una sugerencia o acuerdo técnico sino que instalado como un imperativo legal al que el país se ha comprometido.

***Es un desafío que mueve los límites y obliga al Estado a reformular sus políticas y legislaciones, sus prácticas y la forma en que organiza sus recursos, ya no desde una sugerencia o acuerdo técnico sino que instalado como un imperativo legal al que el país se ha comprometido.***

El diagnóstico que presentamos revela que las brechas y desafíos son muy grandes pero completamente abordables. Es una oportunidad para ser ciudadanos/as y avanzar.



**Mauricio Gómez Chamorro**  
Coordinador

Observatorio de Derechos Humanos de Personas  
con Discapacidad Mental

## Introducción

El presente informe del Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental tiene como objetivo fundamental vigilar los derechos de estas personas en Chile. Se ha recopilado una vasta información para determinar en qué medida nuestro Estado respeta, protege y cumple con los derechos establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas (1).

Hemos observado en nuestros trabajos diarios y en nuestras propias vidas personales las diversas situaciones y contextos en que las personas con discapacidad mental (discapacidad intelectual o discapacidad psíquica) son frecuentemente estigmatizadas, discriminadas y marginadas de la sociedad chilena. Esta realidad de exclusión da cuenta de relaciones sociales y condiciones de vida marcadas por el desempleo y la falta de recursos económicos, menores oportunidades de educación, desiguales condiciones para el ejercicio de derechos ciudadanos, aislamiento social e incluso situaciones de vida en la calle, malos tratos y encierros en instituciones formales o informales.

Al mismo tiempo, hemos tenido la posibilidad de conocer personas con discapacidad mental que habiendo tenido los apoyos necesarios y las oportunidades adecuadas han logrado desarrollarse en plenitud, expresando sus potencialidades y talentos, alcanzando un alto nivel de autonomía personal y vida independiente, como cualquier ciudadano de este país. La presencia de ambos escenarios expresa el carácter histórico de las barreras sociales y los mecanismos de exclusión que contribuyen en gran medida a producir la discapacidad mental, pero a su vez dan cuenta que la construcción de una sociedad inclusiva, con justicia social e igualdad de oportunidades para todos, es todavía una tarea pendiente.

Conscientes de la necesidad de que las personas

con discapacidad mental ejerzan plenamente sus derechos humanos, diversas instituciones junto a un conjunto de profesionales de la salud mental y del ámbito del derecho, académicos y grupos de estudios universitarios, y a representantes de organizaciones de usuarios y familiares y de ONGs que trabajan en el campo de la discapacidad mental, nos hemos propuesto aunar esfuerzos y capacidades a través de una acción interdisciplinaria e intersectorial.

Con el propósito de ayudar a visibilizar esta realidad e impulsar su necesaria transformación, hemos constituido el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental a fines del año 2012, cuyos objetivos son recoger y mantener actualizada información, desarrollar y difundir conocimiento, contribuir a perfeccionar la legislación chilena y, en general, realizar diversas actividades dirigidas a visibilizar y promover el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Creemos que el Observatorio se debe constituir en una instancia al servicio de las personas con discapacidad mental y sus organizaciones, promoviendo el establecimiento de las mejores prácticas relativas a su plena inclusión social, conforme a las normas y estándares internacionales vigentes en la materia.

El Observatorio está abierto a la participación de todas las instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales y personas que deseen contribuir a sus objetivos mediante análisis, investigaciones y propuestas. Creemos firmemente que el trabajo mancomunado hará posible la promoción de la plena inclusión social de las personas con discapacidad mental, y que el reconocimiento y valoración de la diferencia enriquece a nuestras respectivas instituciones y al país en general.

Una de las tres líneas de trabajo iniciales del Observatorio es la realización de un diagnóstico basal del nivel de respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental en Chile, definiendo un conjunto de indicadores que permita

comparar el país con estándares internacionales, y efectuar un monitoreo periódico del progreso del nivel de cumplimiento con dichos estándares a lo largo del tiempo. Este informe representa el primer producto de esta línea de trabajo.

Chile ha logrado algunos avances importantes en los últimos 24 años en el desarrollo de servicios y programas que favorezcan la inclusión social y el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad, incluyendo también medidas específicas para las personas con discapacidad mental, tanto psíquica como intelectual. Expresiones de estos avances son los proyectos concursables para proyectos de inclusión social y el programa de intermediación laboral del Servicio Nacional de la Discapacidad, el sistema de protección social y la pensión básica solidaria de discapacidad del Ministerio de Desarrollo Social, los programas de integración escolar del Ministerio de Educación y los planes nacionales de salud mental y la reforma de la atención psiquiátrica del Ministerio de Salud, así como la promulgación de legislación que involucran derechos para las personas con discapacidad mental, tales como la ley 20.422 que Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad y la ratificación de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (CDPD) (1).

Una de las preguntas centrales que nos hicimos al elaborar este informe fue si estas políticas y legislaciones desarrolladas en nuestro país han tenido algún grado de impacto positivo en la población con discapacidad mental. No es infrecuente que políticas y legislaciones muy bien intencionadas, que contienen disposiciones adecuadas para responder a las necesidades de la población, no logran llevar beneficios concretos a las personas porque encuentran una serie de barreras en el camino de su implementación. Además, considerando que el enfoque de derechos humanos es relativamente reciente en el área de la discapacidad mental y

no suficientemente conocido en nuestro país, interesaba verificar en qué medida la legislación chilena había incorporado los estándares de la CDPD (1) y de otras normativas internacionales.

Hemos buscado respuestas revisando leyes, evaluaciones de leyes, estadísticas de distintos organismos públicos y privados, estudios nacionales e internacionales y documentos normativos.

Junto con revisar directamente algunas leyes (además de la mencionada 20.422, se revisó la ley 18.600 que establece normas sobre los deficientes mentales, la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y la ley 20.255 que establece la reforma previsional), estudiamos dos excelentes evaluaciones realizadas por la Cámara de Diputados, una sobre la ley 20.422 y la otra sobre la ley 18.600, las cuales analizan aspectos de la implementación y de la concordancia de sus enunciados con la CDPD (1). También se revisaron dos informes nacionales sobre derechos humanos que incluyeron algunos aspectos relativos a la discapacidad mental, el Informe Anual 2011 del Instituto Nacional de Derechos Humanos y el Informe Anual 2013 del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales.

***Deseamos que la información recopilada en este documento pueda ser de utilidad para las chilenas y los chilenos con discapacidad mental y sus organizaciones para reforzar sus planteamientos y su movilización por el respeto de sus derechos, así como en la promoción de cambios en las políticas y legislación, de modo de alcanzar niveles crecientes de ciudadanía y calidad de vida***

Dentro de los estudios utilizados para la construcción de indicadores cuantitativos, destaca el aporte de la evaluación realizada por Alvarado sobre las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia. Nuestro trabajo se vio favorecido además por la abundante información que aportaron dos estudios nacionales

que se completaron en este año: la “Evaluación de sistemas de salud mental en Chile”, el cual lo realizó el Ministerio de Salud utilizando la metodología WHO-AIMS de la OMS y midió la realidad del año 2012, y el estudio FONIS “Evaluación de calidad de atención y respeto de derechos de los pacientes en servicios de salud mental, integrando perspectivas de usuarios y equipos de salud”, que fue ejecutado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile utilizando la metodología QualityRights de la OMS.

La elaboración de los estándares con los cuales se

compararon los indicadores utilizados se realizó en base a las normativas nacionales entregadas por el Ministerio de Salud y las normativas internacionales de la CDPD y los documentos de la OMS. En el caso de no existir estas normativas para un indicador, se recurrió a estudios que entregaran promedios para ese indicador en otros países.

Con el objeto de determinar el nivel de logro para cada indicador se utilizaron los criterios cuantitativos y cualitativos que se describen a continuación:

Criterios utilizados para definir el nivel de logro en los distintos indicadores		
Nivel de logro	Criterios para indicadores cuantitativos	Criterios para indicadores cualitativos
Ausente	0%	No se ha observado ningún indicio que apunte al cumplimiento del estándar
Bajo	1 a 30 %	Existen algunas disposiciones o medidas que apuntan a cumplir con el estándar, pero estas son muy insuficientes y/o benefician a un porcentaje reducido de las personas con discapacidad mental
Mediano	31 a 70 %	Existen varias disposiciones o medidas que apuntan a cumplir con el estándar, pero faltan varias otras para un logro total y/o benefician a alrededor de la mitad de las personas con discapacidad mental
Alto	71 a 99 %	Existen muchas disposiciones o medidas que apuntan a cumplir con el estándar, pero faltan unas pocas para un logro total y/o no benefician a todas las personas con discapacidad mental
Total	100 %	Existen todas las disposiciones o medidas que apuntan a cumplir con el estándar y se benefician todas las personas con discapacidad mental

Deseamos que la información recopilada en este documento pueda ser de utilidad para las chilenas y los chilenos con discapacidad mental y sus organizaciones para reforzar sus planteamientos y su movilización por el respeto de sus derechos, así como en la promoción de cambios en las políticas y legislación, de modo de alcanzar niveles crecientes de ciudadanía y calidad de vida.

# 1. Concepto de discapacidad mental

El concepto de discapacidad ha evolucionado en las últimas décadas, pasando de ser un término centrado en los déficits o minusvalías que pueden presentar las personas debido a causas congénitas o adquiridas, a la resultante de la interacción entre ciertas condiciones o diferencias que presentan las personas y las barreras del entorno social.

Los cambios referidos a este concepto se deben principalmente al relevante papel que han tenido diversas organizaciones de personas en situación de discapacidad que han problematizado la forma en que se define la discapacidad, sus propósitos, fundamentos e implicancias. La principal demanda presentada por estos movimientos sociales apunta a la superación del modelo médico o rehabilitador que pone énfasis en la discapacidad como una condición necesitada de cuidados médicos y una actitud caritativa, problematizando el carácter individual y natural de aquellos que portan una diferencia interpretada como una deficiencia. La alternativa desarrollada apunta a un modelo social de discapacidad en el cual se da énfasis a un entorno incapacitante, en el cual las deficiencias y la discapacidad son una construcción social, dando cuenta que las personas se encuentran en situación de discapacidad por la configuración de la sociedad.

Considerando muchos de estos avances, el año 2006 se promulga la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (1), en ella se reconoce (Preámbulo, letra e) “que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. Y agrega: “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir

su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (artículo 1 Propósito).

Como se puede apreciar, la CDPD incorpora plenamente la dimensión social en la discapacidad, definiendo que junto a las deficiencias, las barreras impuestas por la actitud y el entorno definen el nivel de discapacidad. Considerando que la definición de discapacidad de la CDPD es la más actualizada de un concepto que ha mostrado ser claramente evolutivo, que forma parte de una legislación internacional marco destinada a modificar las legislaciones, políticas y programas de los países signatarios, entre ellos el nuestro, y que las más variadas organizaciones de derechos humanos del mundo de la discapacidad han adscrito a ella, se propone que para efectos del trabajo del Observatorio ocupemos su definición, adecuándola al marco de actividad en el campo de la discapacidad mental. Así se propone la siguiente definición, derivada de la CDPD:

***La discapacidad mental es la resultante de la interacción entre algunas condiciones psíquicas y/o intelectuales de largo plazo que pueden presentar las personas, y las barreras del entorno, tales como formas de exclusión social, carencias de apoyo y actitudes estigmatizadoras, que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.***

La discapacidad mental es la resultante de la interacción entre algunas condiciones psíquicas y/o intelectuales de largo plazo que pueden presentar las personas, y las barreras del entorno, tales como formas de exclusión social, carencias de apoyo y actitudes estigmatizadoras, que limitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

A partir de esta definición, creemos que es necesario ir más allá de los conceptos de síntoma, enfermedad

psíquica o subjetividad deficitaria para dar cuenta de la realidad de las personas con discapacidad mental, poniendo énfasis en su autorrealización y bienestar, sus capacidades y potencialidades.

Sin embargo, esta opción no debe conllevar a invisibilizar las dificultades de inclusión social y la desigualdad de derechos de las personas que poseen condiciones psíquicas y/o intelectuales entendidas como deficiencias de largo plazo, de acuerdo a los valores culturales de normalidad dominantes. Las deficiencias si bien son una construcción social, y derivan de condiciones constitucionales o adquiridas que no son inmodificables ni necesariamente permanentes, su conceptualización tiene implicancias efectivas para las personas y sus consideraciones valóricas pueden alimentar los estigmas y otras barreras actitudinales que pueden llevar a producir situaciones de discapacidad.

De esta forma, hay discapacidad en tanto existen mecanismos de exclusión o barreras materiales, sociales o actitudinales que disminuyen o imposibilitan la inclusión social. En ausencia de tales barreras sólo queda el reconocimiento de la condición psicosocial como diferencia legítima y válida en un marco social de igualdad y diversidad.

Así, la discapacidad puede ser entendida como una situación, en tanto puede ser transitoria (en términos temporales) y relativa (en términos contextuales), en la medida que pueden ser cambiadas las condiciones y relaciones sociales que la producen. La discapacidad solo existe en la medida que es producto de un entorno psicosocial y cultural incapacitante, dotado de las barreras que impedirían o dificultan el reconocimiento de la diferencia/ condición de estas personas y su plena participación en la vida social.



## 2. Prevalencia de la discapacidad mental en Chile

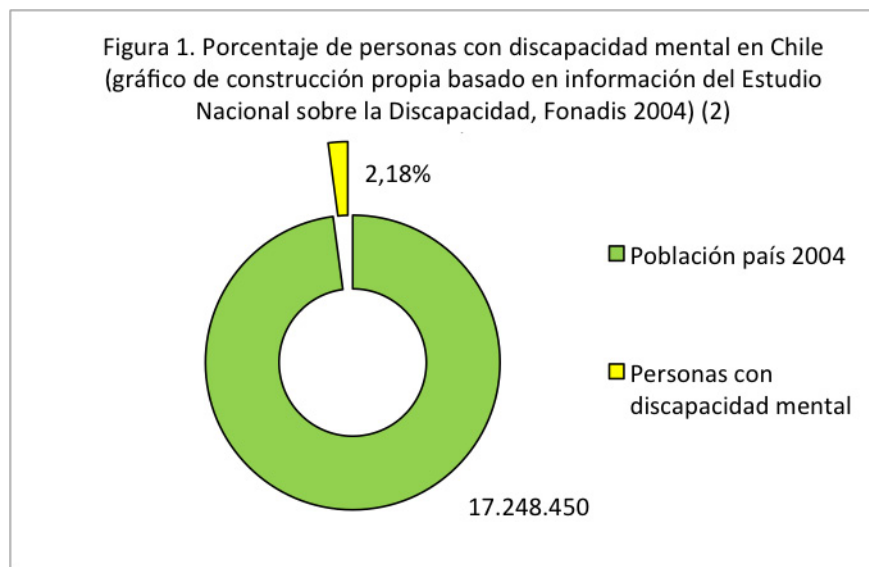
La ausencia en nuestro país de políticas públicas integrales específicas para la discapacidad intelectual y la discapacidad psíquica (que en su conjunto constituyen la discapacidad mental) que respondan adecuadamente a las necesidades de las personas en estas situaciones y que permitan el pleno ejercicio de sus derechos en nuestra sociedad, se debe en gran parte a que se visualizan estas situaciones como excepcionales, sin dimensionar el alto número de personas y familias que se encuentran afectadas por ellas.

Si bien no se ha estudiado en profundidad la realidad epidemiológica de la discapacidad mental en Chile, se dispone de información suficiente como para realizar estimaciones sobre su cuantía y la distribución en diferentes grupos poblacionales. La magnitud y las características sociodemográficas de las personas con discapacidad mental han sido estudiadas en nuestro país principalmente a través de dos encuestas:

1. Estudio Nacional sobre la Discapacidad, realizado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) en el año 2004 (2), el cual midió la

prevalencia de todas las formas de discapacidad, incluyendo la intelectual y la psíquica. Por ser un estudio específico sobre discapacidad y utilizar un instrumento de alta sensibilidad detectó el porcentaje más alto de discapacidad mental que se haya encontrado en Chile (2,18%), con una estimación del número total de personas con esta condición de 348.057 (ver figura 1 e indicador 1 en el anexo).

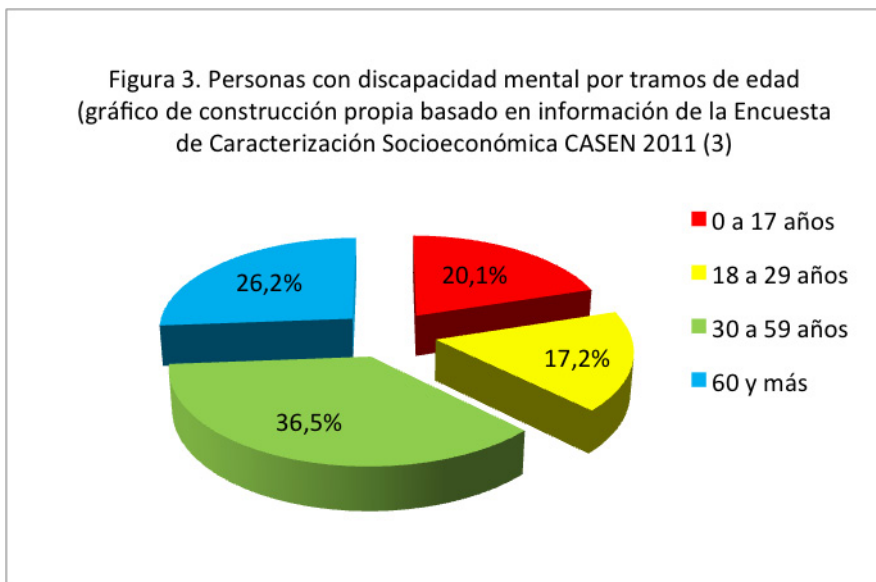
2. Encuesta de Caracterización Socio-económica Nacional (CASEN), realizada por el Ministerio de Desarrollo Social en forma periódica con el fin de conocer la situación de la población (especialmente pobreza y otras situaciones prioritarias) y evaluar el impacto de las políticas sociales (3). Entre los múltiples aspectos que mide, incluye un número pequeño de preguntas sobre discapacidad, presentando por tanto una sensibilidad menor para detectar personas con discapacidad mental que el instrumento de FONADIS. En su última aplicación del año 2011 encontró un 1,39% de personas con esta situación, lo que corresponde a un total de 239.715 personas en el país (ver indicador 2 en el anexo).



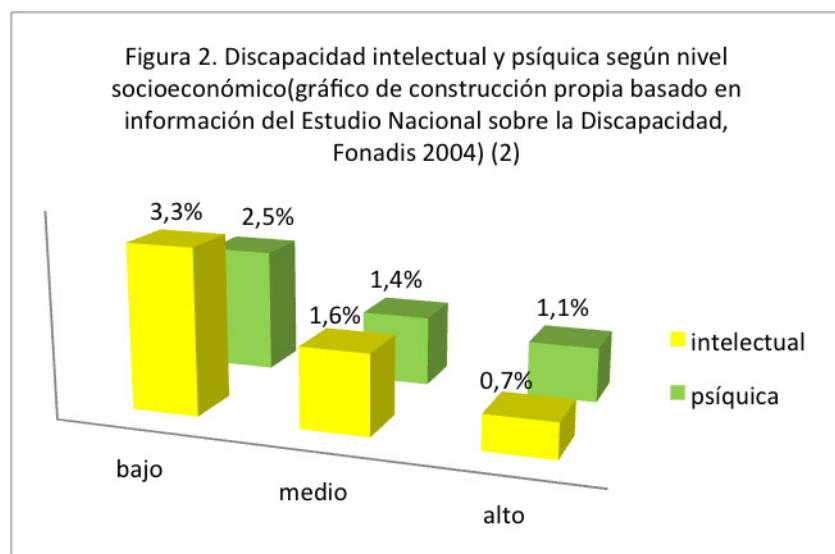
La discapacidad mental tiene una mayor frecuencia en la población de menor nivel socioeconómico (figura 2), lo cual es más marcado para la discapacidad intelectual, observándose en el estudio de FONADIS (2) una prevalencia de 3,3% en población de bajo nivel socioeconómico y de 0,7% en la de alto nivel, mientras que en la discapacidad psíquica las prevalencias son de 2,5% y 1,1% respectivamente (ver indicador 3 en el anexo). Este hallazgo es concordante con el concepto de discapacidad que se analizó en el capítulo anterior, ya que el bajo nivel socioeconómico aparece como un entorno psicosocial incapacitante, donde los insuficientes apoyos sociales y las barreras más fuertes que en otros niveles socioeconómicos dificultan que estas personas alcancen su autorrealización, desarrollen sus capacidades y potencialidades y logren su plena participación en la vida social. A su vez, la discapacidad mental contribuye a empobrecer a las personas afectadas y a sus familias.

De acuerdo a la Encuesta Casen (3), existe una proporción levemente superior de mujeres que hombres con discapacidad mental, 51,4% y 48,6% respectivamente (ver indicador 4 en el anexo). Esta

encuesta también muestra que el mayor número de personas con discapacidad mental se encuentra en el tramo etario de 30 a 59 años, representando el 36,5% del total de personas con esta condición, y la segunda mayor frecuencia la tienen las personas de 60 y más años de edad con un 26,2%, tal como se aprecia en la figura 3 (ver indicador 4 en el anexo).

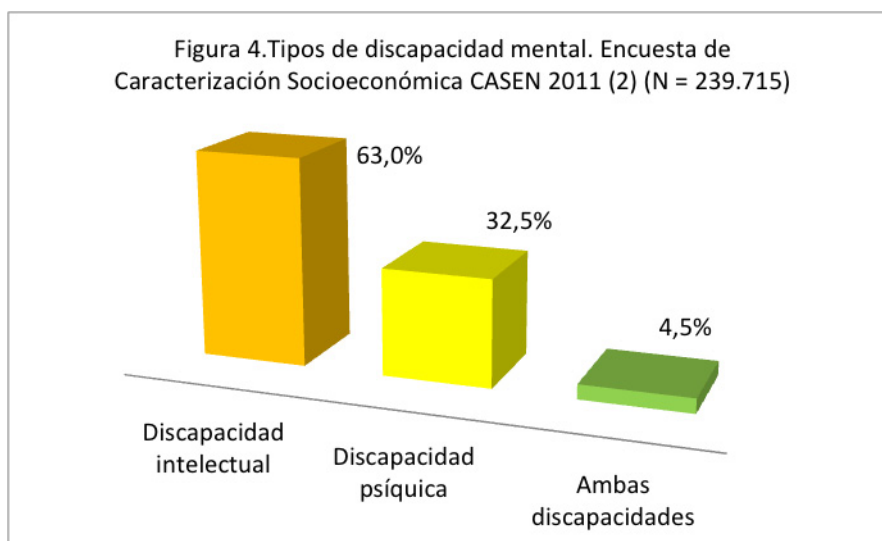


El conjunto de estos dos grupos de edades, los cuales corresponden a adultos y adultos mayores (personas mayores de 30 años), constituyen aproximadamente los 2/3 de las personas con discapacidad mental en nuestro país.



***El alto número de personas con discapacidad mental existentes en Chile (alrededor de 350.000 personas en esta situación) constituye un problema social de importancia mayor que obliga a generar políticas que favorezcan el ejercicio de sus derechos de acuerdo a los lineamientos de la CDPD.***

El número de personas con discapacidad intelectual es casi el doble del número de personas con discapacidad psíquica en nuestro país, lo cual se refleja en la figura 4 con un 63,0% para la intelectual y un 32,5% para la psíquica (ver indicador 5 en el anexo). Existe además un 4,5% de personas con discapacidad mental que tienen ambas condiciones (3).



## Conclusiones

- El alto número de personas con discapacidad mental existentes en Chile (alrededor de 350.000 personas en esta situación) constituye un problema social de importancia mayor que obliga a generar políticas que favorezcan el ejercicio de sus derechos de acuerdo a los lineamientos de la CDPD (1).
- La fuerte asociación entre discapacidad mental y bajo nivel socioeconómico debería orientar las políticas en este tema hacia estrategias sociales de prevención y recuperación de las situaciones de discapacidad mental que apoye a las personas vulnerables a superar la barreras que impone la pobreza y a modificar los condicionantes sociales de ellas, permitiéndoles el ejercicio de todos los derechos humanos que se analizan en el presente documento.
- Las políticas en el tema deberían considerar también que deben cubrir por igual a hombres y mujeres e incluir un enfoque de género. Al mismo tiempo, deben cubrir todos los rangos de edad, con un mayor énfasis preventivo en niños y adolescentes y más recuperativo en adultos y adultos mayores (dado que estos últimos concentran los 2/3 de las personas que ya se encuentran en situación de discapacidad).
- Además, estas políticas deben considerar las particularidades de los dos tipos de discapacidad mental, tanto intelectual como psíquica, las cuales comparten similares atropellos a sus derechos pero también tienen diferencias importantes. Desde ya, lo descrito en el presente capítulo, que la prevalencia de la discapacidad intelectual es el doble de la psíquica.

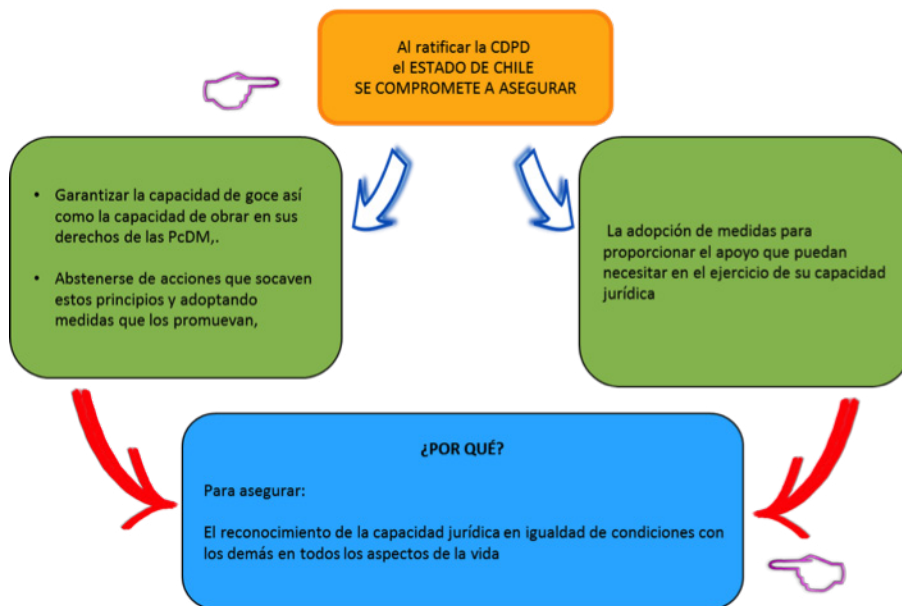
### 3. Derecho de las personas con discapacidad mental a un reconocimiento igual al de las otras personas ante la ley (Artículo 12 de la CDPD)

Siendo el propósito de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (CDPD) (1) “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (artículo 1) es necesario analizar críticamente el estado actual de las leyes y normativas vigentes en nuestro país relacionadas al igual reconocimiento como persona ante la ley de las personas con discapacidad mental, a la luz de los parámetros que define la CDPD.

En primer lugar, la CDPD da cuenta del compromiso

de los Estados partes en la construcción de un marco legal más inclusivo e igualitario para las personas con discapacidad mental y representa el fundamento para promover el reconocimiento de la capacidad jurídica y el ejercicio de derechos para estas personas. De esta forma, la CDPD constituye un referente válido para reconocer la necesidad de la modificación de las leyes vigentes en nuestro país, en la medida que el reconocimiento de la capacidad jurídica y el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad mental poseen un carácter inalienable, de esta manera, esta obligación exige a los Estados abstenerse de acciones que socaven estos principios y emprender medidas que los promuevan.

Figura 5. Artículo 12 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho a igual reconocimiento ante la ley de las personas con discapacidad mental



En relación al reconocimiento de la persona con discapacidad mental como sujeto de derecho, es necesario analizar el nivel de concordancia entre la CDPD y las leyes 20.422 “(4) que establece normas

sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad” y 18.600 “que establece normas sobre deficientes mentales” (5).

**Tabla 1. Definición persona con discapacidad mental como sujeto de derecho Adaptado de Cámara de Diputados (6) y Fundación para las Américas (7).**

<p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).</p>	<p>Considera la discapacidad como un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras del entorno, que evitan la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones. De esta definición se desprende la importancia de tomar en consideración las barreras sociales que limitan el ejercicio de derechos en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad mental.</p>
<p>Ley N° 20.422</p>	<p>Esta ley materializa el cambio de paradigma acerca de la discapacidad en la legislación interna del país en la medida que define persona con discapacidad de acuerdo a los mismos parámetros de la CDPD.</p>
<p>Ley N° 18.600</p>	<p>En esta ley encontramos una definición específica de “persona con discapacidad mental”: “aquella que, como consecuencia de una o más limitaciones psíquicas, congénitas o adquiridas, previsiblemente de manera permanente y con independencia de su causa, vea reducida, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”. La anterior conceptualización da a entender la discapacidad como un problema individual de la persona afectada y la define en función de sus propias limitaciones físicas y psíquicas, obviando la relevancia de las barreras sociales como limitaciones para el reconocimiento de las personas con discapacidad mental como sujetos de derecho.</p>
<p>Análisis comparativo</p>	<p>La concepción de persona con discapacidad mental de la Ley 18.600 se aleja de la concepción de sujeto de derecho promovido por la CDPD y la Ley 20.422, en la medida que comprende la discapacidad mental como un problema individual e invisibiliza las barreras en el ejercicio de sus derechos que se generan en la relación dinámica de la persona con discapacidad y su entorno, ya que sólo se centra en la discapacidad como un impedimento para la inclusión social. Esto implica consecuencias como diseñar políticas, planes o programas centrados en la persona con discapacidad y no en mejorar las condiciones habidas en su entorno para el ejercicio de sus derechos, y por otra parte, que los procedimientos de calificación de la discapacidad mental no consideren las barreras del entorno para la inclusión social.</p>

En el campo de la discapacidad mental, el igual reconocimiento como persona ante la ley implica el reconocimiento de las personas con discapacidad mental como sujetos de derecho, es decir, permite garantizar el principio de autonomía individual, derecho de igualdad y libertad para tomar decisiones. Este reconocimiento es relevante para las personas con discapacidad mental en la medida que han vivido históricamente situaciones de vulnerabilidad e institucionalización que han

limitado el reconocimiento y ejercicio de sus derechos fundamentales, debido principalmente a la hegemonía del modelo biomédico en las bases del marco normativo, como se puede ver en la tabla 2.

**Tabla 2. Capacidad jurídica de persona con discapacidad mental.  
Adaptado de Cámara de Diputados (2013) (6)**

<p>Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad (CDPD)</p>	<p>El inciso 1 del artículo 12 de la Convención establece el pleno reconocimiento de la capacidad jurídica en lo que se refiere a la titularidad de derechos de las personas con discapacidad. Del mismo modo, el inciso 2 implica el reconocimiento de la capacidad jurídica y el ejercicio de los derechos, en igualdad de condiciones y en todos los ámbitos de la vida para las personas con discapacidad. Al respecto, no hace ninguna distinción o restricción por tipo de discapacidad. En este sentido, la CDPD consagra la posibilidad que las personas con discapacidad mental puedan ser propietarias, heredar bienes, y no ser privadas de sus bienes, en forma arbitraria, entre otros aspectos. Finalmente, la CDPD, pone especial énfasis en salvaguardar el ejercicio de la capacidad jurídica, para evitar abusos.</p>
<p>Ley N° 20.422</p>	<p>No hace alusión explícita al reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental, sin embargo, en el artículo 3 reconoce el principio de Vida Independiente como “el estado que permite a una persona tomar decisiones, ejercer actos de manera autónoma y participar activamente en la comunidad, en ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad”. Del mismo modo, en el párrafo 2, artículo 9° establece que “El Estado adoptará las medidas necesarias para asegurar a las mujeres con discapacidad y a las personas con discapacidad mental, sea por causa psíquica o intelectual, el pleno goce y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con las demás”.</p>
<p>Código Civil</p>	<p>No reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental en la medida que define que “toda persona es legalmente capaz, excepto aquellas que la ley declara incapaces” (Artículo 1446) y que “son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y los sordomudos que no pueden darse a entender claramente” (Artículo 1447). Para suplir el actuar en el mundo jurídico de los “incapaces”, el Código Civil contempla la existencia de “tutelas” y “curadurías”, “cargos impuestos a ciertas personas a favor de aquellos que no pueden dirigirse a sí mismos o administrar competentemente sus negocios, y que no se hallan bajo potestad de padre o madre, que pueda darles la protección debida” (Artículo 338). El curador representa al pupilo en todos los actos judiciales o extrajudiciales que le conciernan y puedan menoscabar sus derechos o imponerle obligaciones y administrar sus bienes (Artículo 390).</p>
<p>Ley N° 18.600</p>	<p>No reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental, sino que consagra dos formas de privarlas de ella:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Declaración judicial de interdicción por demencia por el sólo mérito de la certificación de discapacidad y de su inscripción en el Registro Nacional de Discapacidad.</li> <li>- Designación como curador provisorio de bienes de quienes que tengan a su cargo, en forma permanente, a personas con discapacidad mental, bajo el cumplimiento de requisitos mínimos.</li> </ul>
<p>Análisis comparativo</p>	<p>La regla general es la ausencia de capacidad civil para las personas con discapacidad mental. En este sentido, toda la gama de discapacidad mental es considerada de la misma forma, sin que se prevea la posibilidad de autonomía o capacidad progresiva para cada caso. Esta regla hace que las personas con discapacidad mental, sean doblemente discriminadas en el ejercicio de su capacidad jurídica, primero respecto de las personas sin discapacidad y segundo, respecto de las personas con otras discapacidades. Finalmente, cabe señalar que los procedimientos judiciales de interdicción por demencia y nombramiento de curador, que operan con el sólo mérito de la certificación médica y de su inscripción respectiva, no cumplen con los estándares de protección civil que la Convención señala.</p>

**Indicadores del nivel de logro del derecho a igual reconocimiento ante la ley en Chile:**

De acuerdo a la tabla 2, se puede ver que las normativas vigentes en nuestro país no son coherentes respecto al reconocimiento de la capacidad jurídica (en su capacidad de ser titular de derechos como la capacidad de obrar y ejercerlos) de las personas con discapacidad mental, en la medida

que existen instancias jurídicas que posibilitan la figura de interdicción o inhabilitación para ejercer derechos civiles y políticos (ver indicador 6 en el anexo). De esta forma, a pesar de la ratificación en el año 2008 de la CDPD (1) y la promulgación en el 2010 de la ley 20.482 (4) que se basó en los principios del tratado de la ONU, Chile “no avanzó en nada relacionado con ajustar la normativa interna a lo dispuesto por el artículo 12, en lo que se

refiere a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad” (7).

De esta forma, la legislación que se encuentra vigente en nuestro país está en clara contravención a los principios de la CDPD y sus disposiciones concretas, que se encuentran incorporadas en nuestro ordenamiento jurídico (8). En particular, es posible constatar que la ley 18.600 representa una disposición legal que facilita la anulación de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental bajo la figura de la interdicción (9). En definitiva, las normativas vigentes en Chile son antagónicas a los postulados de la CDPD en la medida que no establecen salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental (ver indicador 7 en el anexo) y a su vez, no garantiza el derecho de las personas con discapacidad mental a ser propietarias de bienes y controlar sus propios asuntos económicos (ver indicador 8 en el anexo).

De esta forma, debido a que “la Convención reemplazó el modelo de sustitución de la toma de decisiones por un enfoque de derechos humanos, que nuestro país está obligado a cumplir” (6), se ha planteado la necesidad de transitar de un modelo de sustitución en la toma de decisiones (basado en la incapacidad de las personas con discapacidad mental para ser titular y ejercer derechos, siendo una persona distinta a aquella la habilitada para tomar decisiones que podrían tomar por ellas mismas) a un modelo de apoyo en la toma de decisiones (basado en la igualdad y la dignidad intrínseca de todas las personas donde se presume que las personas con discapacidad mental son capaces de ejercer sus derechos y tomar decisiones, y que en determinados casos, de acuerdo a situaciones específicas, pueden ser asistidas, mas no sustituidas, por un representante para la toma de decisiones considerando las garantías judiciales en la promoción de su autonomía) (10, 11). Las orientaciones para hacer efectivo este modelo se pueden revisar en la tabla 3.

**Tabla 3. Medidas desde un “Modelo de apoyo en la toma de decisiones” acordes con el artículo 12 de la CDPD. Adaptado de Fundación para las Américas (7) y Consejo directivo de la OPS (12).**

<p>Artículo 12, inciso 2 “acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”</p>	<p>Artículo 12, inciso 3 “medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos”</p>	<p>Artículo 12, inciso 4 “(acciones) que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás”</p>
--	--	--

El Estado de Chile, de acuerdo a estos principios, para posibilitar el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad mental deberá garantizar:

- El reconocimiento de sus decisiones de forma independiente:
  - Capacidad para ser propietarios y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero.
  - Posibilidad de realizar declaraciones de voluntad anticipadas con efecto jurídico, recurso legal que permite proteger el derecho de las personas para dar cuenta de decisiones específicas o nombrar a representantes autorizados para tomar decisiones en su nombre (por ejemplo, para tener control sobre su tratamiento médico aún en los momentos en que hayan perdido su capacidad de comprender y juzgar) (13).
- La promoción de salvaguardias para un apoyo adecuado:
  - Estableciendo garantías para que se respeten los derechos, voluntad, preferencia e intereses de la persona con discapacidad mental.
  - Reconociendo la inexistencia de conflicto de intereses ni influencia indebida en el acto jurídico en que prestaran ayuda a la persona con discapacidad.
  - Ajustado para cada caso, teniendo en cuenta los requerimientos concretos de cada persona se mantengan vigentes por el mínimo posible de tiempo y sujetas a exámenes periódicos por autoridades judiciales competentes, independientes e imparciales.

**Las normativas vigentes en nuestro país no son coherentes respecto al reconocimiento de la capacidad jurídica (en su capacidad de ser titular de derechos como la capacidad de obrar y ejercerlos) de las personas con discapacidad mental, en la medida que existen instancias jurídicas que posibilitan la figura de interdicción o inhabilitación para ejercer derechos civiles y políticos.**

fundamento básico para ejercer y disfrutar sus derechos en igualdad de condiciones, en todos los ámbitos de la sociedad.

En los servicios de salud mental, los derechos que han tenido mayor relevancia tienen que ver con el acceso y calidad de servicios, consentimiento informado para recibir tratamiento y participar

El reconocimiento de la capacidad jurídica, ya sea que la persona lo ejerza de forma independiente o con un apoyo adecuado, debe ser interpretado de acuerdo a los principios generales de la CDPD que implican el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas, la no discriminación y la igualdad de oportunidades. De esta forma, la valoración y el reconocimiento de la persona con discapacidad mental en su condición y dignidad como sujeto de derecho constituyen el

en investigaciones científicas, confidencialidad y trato digno y humanitario (14) (analizados con mayor profundidad en los capítulos 4 y 5 de este documento). Sin embargo, en la práctica de la atención ambulatoria en salud mental, el nivel de cumplimiento de los dispositivos del estándar de entrega de información a los usuarios sobre estos derechos es mediano (ver indicador 9 en el anexo). En la tabla 4 se puede observar el nivel de cumplimiento de este estándar con más detalles, de acuerdo al estudio de Calidad y Derechos (15).

**Tabla 4. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar de “entrega de información a los usuarios sobre sus derechos en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos (15)**

Nivel de cumplimiento del estándar	Nº de Centros	% de Centros
Total	0	0
Parcial	7	46,7
Mínimo	6	40,0
Nulo	2	13,3
Estándar OMS Quality Rights: Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de los usuarios en forma escrita y verbal.		
Puntaje promedio nacional = 2,37 (cumplimiento mínimo)		

A su vez, el nivel de cumplimiento de los dispositivos de salud mental ambulatorios del estándar de participación de los usuarios en las decisiones sobre

su tratamiento es bajo (15) (ver indicador 10 en el anexo), como se puede apreciar en la tabla 5.



**Tabla 5. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “participación de los usuarios en las decisiones sobre su tratamiento en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos (15)**

Nivel de cumplimiento del estándar	Nº de Centros	% de Centros
Total	0	0
Parcial	4	26,7
Mínimo	7	46,7
Nulo	4	26,7
Estándar OMS Quality Rights: Las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y “recuperación”.		
Puntaje promedio nacional = 2,03 (cumplimiento mínimo)		

Del mismo modo, el nivel de cumplimiento de los dispositivos de salud mental ambulatorios del estándar de acceso de los usuarios a la información de sus fichas clínicas también es bajo (15) (ver indicador 11 en el anexo) como se puede ver en la tabla 6.

**Tabla 6. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “acceso de los usuarios a sus fichas médicas en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos (15)**

Nivel de cumplimiento del estándar	Nº de Centros	% de Centros
Total	0	0
Parcial	4	26,7
Mínimo	6	40,0
Nulo	5	33,3
Estándar OMS Quality Rights: Los usuarios tienen acceso a la información contenida en sus fichas médicas		
Puntaje promedio nacional = 1,97 (cumplimiento mínimo)		

De esta manera, en los servicios de salud mental en Chile, podemos encontrar las mismas limitaciones e inconsistencias que en los demás ámbitos normativos e institucionales en relación al ejercicio de derechos de las personas con discapacidad mental, esta vez, en su condición de usuarios de dichos servicios.

***Las transformaciones a las leyes y normativas deben ser complementadas con acciones orientadas a promover el reconocimiento y ejercicio de derechos de las personas con discapacidad mental en el marco del Estado y la sociedad civil, considerando que los cambios en el campo jurídico deben inscribirse a su vez en la construcción social de una “cultura de derechos” que permita la superación de las barreras institucionales que limitan el ejercicio pleno de ciudadanía de las personas con discapacidad mental.***

Si bien bajo los principios de la CDPD las personas con discapacidad mental tienen los mismos derechos que las demás, requiriéndose la adopción de medidas que prevengan situaciones de discriminación, así como salvaguardas legales, cabe mencionar que la ley 20.584 “Derechos y deberes

de los pacientes en su atención de salud” (16) que establece un párrafo especial a propósito “De los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual” (párrafo 8º), donde se instauran restricciones a los derechos que están garantizados en la misma ley para todas las personas, como es el conocimiento de la información y los contenidos de su ficha clínica, que no se reconoce en plenitud para las personas con discapacidad mental y puede negársele a criterio médico, sin apelación (ver indicador 12 en el anexo); así como el consentimiento informado, el derecho a denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud así como el alta voluntaria, el cual queda relegado a decisiones de terceros (ver capítulo 4). De esta manera, el reconocimiento y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad mental en igualdad ante la ley, en el marco de la normativa que regula la atención de salud, posee las mismas restricciones que revisamos anteriormente a propósito de la capacidad jurídica y no se ajusta a los principios definidos por la CDPD.

**Tabla 7. Nivel de logro del derecho a igual reconocimiento ante la ley de las personas con discapacidad mental**

<b>Estándares evaluados para personas con discapacidad mental</b>	<b>Nivel de Logro</b>
6) Reconocimiento del derecho a la capacidad jurídica de las PcDM	Ausente
7) Existencia de salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica	Ausente
8) Derecho de las PcDM a ser propietarias y controlar sus asuntos económicos	Ausente
9) 100 % de los dispositivos de SM ambulatorios entregan información a los usuarios sobre sus derechos	Mediano
10) En el 100 % de los dispositivos de SM ambulatorios los usuarios participan en las decisiones sobre su tratamiento	Bajo
11) En el 100% de los dispositivos de SM ambulatorios los usuarios puede acceder a la información de sus fichas clínicas	Bajo
12) Derecho legal de la PcDM a leer la información de su ficha clínica	Bajo

## Conclusiones

- La ley 18.600 como disposición legal es contradictoria con los principios de la CDPD y debe ser sustituida por una nueva normativa que tenga como centro el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental.
  - Es necesario implementar las medidas necesarias que garanticen que las personas con discapacidad mental puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones a través de un sistema de apoyo en la toma de decisiones.
  - La ley 20.584 como marco normativo de los derechos y deberes relacionados a acciones vinculadas a la atención de salud, establece restricciones para el ejercicio de derechos en igualdad de condiciones para las personas con discapacidad mental, ésta debe ser ajustada bajo el criterio de igual reconocimiento ante la ley y de acuerdo a los principios definidos por la CDPD.
  - Las transformaciones a las leyes y normativas deben ser complementadas con acciones orientadas a promover el reconocimiento y ejercicio de derechos de las personas con discapacidad mental en el marco del Estado y la sociedad civil, considerando que los cambios en el campo jurídico deben inscribirse a su vez en la construcción social de una “cultura de derechos” que permita la superación de las barreras institucionales que limitan el ejercicio pleno de ciudadanía de las personas con discapacidad mental.
-

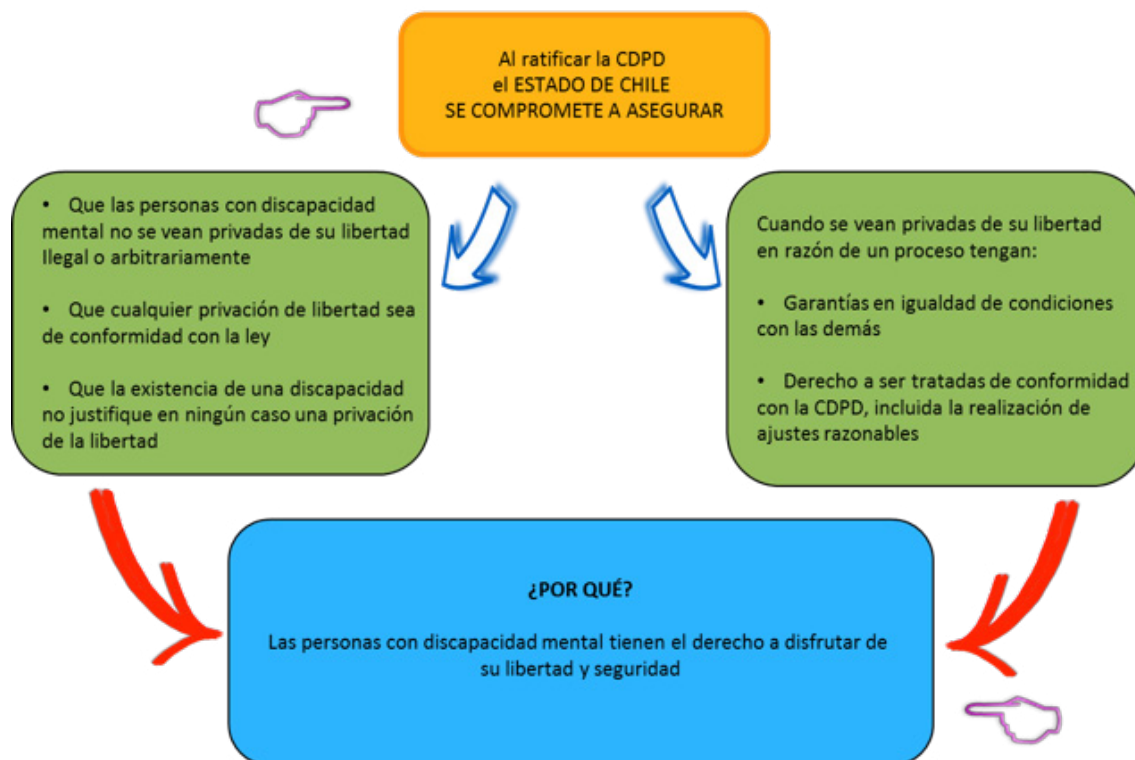
## 4. Derecho de las personas con discapacidad mental a la libertad y seguridad (artículo 14 de la CDPD)

Una de las mayores causas de sufrimiento de las personas con discapacidad mental a nivel mundial ha sido la práctica de la institucionalización masiva de ellas. Millones de personas han vivido en el mundo en estas condiciones, restringidas en su libertad de desplazamiento, privadas de apoyo para su reinserción, viviendo en condiciones de masividad, insalubridad y pobreza, y muchas veces sometidas a confinamiento, aislamiento y contenciones arbitrarias. Si se piensa que la mayor parte de los países históricamente han invertido casi todo su escaso presupuesto de salud mental en estas instituciones, podemos entender la gravedad de la situación.

Desde hace varias décadas, se ha promovido la desinstitucionalización de las personas con discapacidad mental, y ello ha ocurrido en mayor

o menor grado en todos los países. A ello han contribuido los movimientos por los derechos civiles que cuestionó las relaciones de poder y abuso de la psiquiatría institucional, el enfoque de derechos, el reconocimiento de la autonomía de las personas en su atención de salud y las nuevas alternativas terapéuticas, tanto biológicas como psicosociales. Ello ha determinado una progresiva disminución de las personas privadas de libertad en instituciones, el desarrollo de estrategias de apoyo sanitario y social para la vida en comunidad y el progreso en materia de libertades fundamentales y derechos humanos de este colectivo de ciudadanos. Hoy, hay países o regiones de países que han eliminado en la práctica la institucionalización psiquiátrica, sustituyéndola por servicios comunitarios y diversas formas de apoyo social.

Figura 6. Artículo 14 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho a la libertad y seguridad de las personas con discapacidad mental



Chile ha desarrollado también políticas de desinstitucionalización en los últimos 20 años. Sin embargo las brechas en este proceso son aún muy importantes, y actualmente las principales causas de privación de libertad de personas con discapacidad mental son:

- Personas que a causa de su discapacidad por enfermedad mental y marginalización social siguen destinadas a vivir en hospitales psiquiátricos u otras instituciones formales o informales. En la inmensa mayoría de casos estas internaciones prolongadas no están sustentadas legalmente, en unos se aplican medidas restrictivas para forzar la permanencia y en muchos otros se trata de personas que no protestan ni consienten y aceptan pasivamente su encierro.
- Personas que por estar cursando una enfermedad mental son internadas contra su voluntad y por lo tanto sin su consentimiento, por considerarse que están en grave riesgo para sí mismo o los demás. Esta situación, legalmente corresponde a una detención ya que es una privación de libertad, y en consecuencia debe ocurrir conforme a la ley. En la mayoría de países la autorización proviene de un organismo judicial o cuasi-judicial, en Chile lo define la autoridad sanitaria.

### **Indicadores del nivel de logro del derecho a la libertad y seguridad de la persona en Chile:**

La Ley 20.584 (16), que establece derechos y deberes en la atención de salud, reconoce el derecho de las personas al consentimiento para la realización de procedimientos y tratamientos. Sin embargo, en el caso de las personas con discapacidad mental limita este derecho y establece los mecanismos, en manos de la autoridad sanitaria y sin participación del sistema judicial, para internar sin consentimiento de la persona, dadas ciertas condiciones consideradas de riesgo (ver indicador 13 en el anexo). Establece

mecanismos de revisión por Comisiones Regionales de Protección, dependientes de la autoridad sanitaria. Estas Comisiones pueden recurrir a la justicia en caso de irregularidades que vulneren la ley y los derechos. Si bien esta restricción del derecho al consentimiento a la hospitalización, en casos calificados es aplicada en todos los países, el hecho de que en Chile esta forma de detención sea definida por una autoridad no externa al propio sistema de salud y sin participación del sistema judicial, constituye un rebajamiento del nivel de cumplimiento del estándar internacional (ver indicador 14 en el anexo). Por otra parte la Ley de Derechos y Deberes no considera mecanismos expeditos de apelación por parte de la persona afectada, tal como se señala en el indicador 16 del anexo.

El tratamiento involuntario por razones de ausencia o sustitución de capacidad de decisión no se ajusta a los principios de la CDPD bajo los principios de autonomía e igualdad de derechos que se han definido en el artículo 12, como son las condiciones de reconocimiento de las decisiones de forma independiente (como es el consentimiento informado) y la promoción de salvaguardas para el apoyo adecuado (en los modelos de apoyo en la toma de decisiones) (ver ejemplos de la tabla 3 del capítulo 3). Podemos hablar de dos principios básicos a la hora de adoptar una medida de tratamiento involuntario común a todas las legislaciones: los principios de legalidad y de prohibición del exceso (17). Dichas circunstancias limitan la medida de tratamiento involuntario a condiciones específicas

***Las regulaciones en Chile sobre el consentimiento en la atención de salud de las personas con discapacidad mental, así como para la hospitalización y el tratamiento involuntarios no cumplen plenamente con las normativas internacionales (principalmente con la CDPD) ni con las recomendaciones de la OMS, ya que no contemplan la existencia de organismos autónomos que autoricen y supervisen los procedimientos involuntarios.***

objetivas, de acuerdo a criterios que se definen en base al sistema de valores de la persona afectada,

considerando las alternativas menos restrictivas y durante el menor tiempo posible.

La misma Ley 20.584 (16) define que las Comisiones Regionales de Protección de Personas con Enfermedad Mental, tienen entre otras, la función de revisar las hospitalizaciones involuntarias. Si bien la existencia de estas comisiones constituye un avance respecto de décadas previas, los legisladores no le otorgaron la necesaria autonomía, y las definieron como dependientes de la autoridad sanitaria y no tienen un carácter judicial o cuasi judicial como recomienda la OMS (ver indicador 15 en el anexo) (18).

En Chile, esta situación afecta a un número considerable de personas, es así como el estudio WHO-AIMS de Chile 2012 mostró que el 17,3% de las internaciones en hospitales generales y el 13,6% en hospitales psiquiátricos son formalmente involuntarias (ver figura 7) (19). Estas cifras están en el rango medio de los países europeos donde el 3,2% a 30% de las internaciones son definidas como involuntarias (20). Sin embargo es difícil establecer comparaciones ya que son distintas normativas y niveles de exigencia en la aplicación (ver indicador 17 en el anexo).

importante de las internaciones. Dado que en Chile se estipula el derecho de todas las personas al consentimiento informado “para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud”, se debiera tomar en cuenta especialmente esta condición, ya que no constituye estrictamente una hospitalización involuntaria ni una voluntaria. La OMS sugiere no clasificarlas erróneamente como internaciones voluntarias o involuntarias, y aplicarles las protecciones específicas de un paciente involuntario, esto es evaluación periódica de su discernimiento, procedimientos obligatorios de revisión entre otras (18).

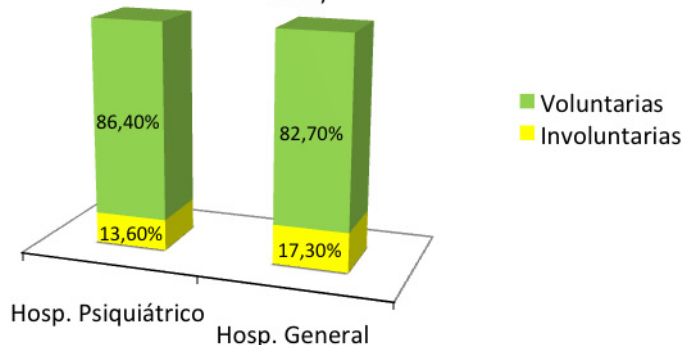
En Chile no hay estudios de los aspectos cualitativos del consentimiento en las internaciones involuntarias ni el porcentaje de personas internadas por un procedimiento de voluntariedad que en realidad no están hábiles para consentir y aceptan pasivamente su internación. De acuerdo a la CDPD el consentimiento es un aspecto central en el derecho a la salud de las personas con discapacidad, por lo que cualquier excepción a ello debe ser evaluada, fiscalizada y corregida.

Por otra parte, es necesario aclarar que los porcentajes de hospitalizaciones involuntarias

del WHO-AIMS 2012 se refieren exclusivamente a las ocurridas en el año del estudio, y no incluyen las personas que residen en contra de su voluntad en servicios de larga estadía de hospitales psiquiátricos. Estas personas se encuentran en un limbo legal actualmente, ya que la legislación vigente no incluye regulaciones para su situación de internación. Frecuentemente no se les permite abandonar el hospital, no porque presenten una enfermedad mental con riesgo inminente para sí mismas o terceros, sino porque los psiquiatras

consideran que su discapacidad mental no les permite vivir en la comunidad y el hospital no les provee los apoyos sociales para que puedan hacerlo. Esta situación está en abierta contradicción con los planteamientos de la CDPD. En los últimos 15

Figura 7. Porcentaje de hospitalizaciones Involuntarias en hospitales psiquiátricos y generales en el año 2012 (gráfico de construcción propia basado en información de WHO-AIMS 2012)



En varios países se evalúa la situación de las personas que no protestan ni consienten de forma válida, por razones de su condición mental, a la internación y al tratamiento psiquiátrico. Se considera que constituyen un porcentaje

años, gracias a las nuevas políticas de salud mental, centenares de personas que se encontraban en estas condiciones han logrado vivir en la comunidad con sus familias o en hogares y residencias protegidas financiadas por el Estado (21). Políticas de este tipo, con adecuado financiamiento, podrían contribuir a resolver la situación de cerca de 300 personas que aún permanecen en este vacío legal en hospitales psiquiátricos.

Otro ámbito donde se pueden evidenciar situaciones injustas de privación de libertad y de vulneración de derechos, es la existencia de instituciones

residenciales informales con fines de lucro, las cuales mantienen personas con discapacidad mental encerradas, excluidas socialmente y sometidas a deplorables condiciones de higiene, alimentación y abrigo. Estas instituciones no son fiscalizadas por ninguna entidad del Estado ni tampoco existen legislaciones que regulen su funcionamiento o que protejan los derechos de sus residentes (al no ser consideradas dispositivos de salud por la actual legislación, no son reguladas ni fiscalizadas por la autoridad sanitaria salvo en situaciones de escándalo público).

**Tabla 8. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la libertad y seguridad personal**

Estándares evaluados para personas con discapacidad mental	Nivel de Logro
13) Derecho de la PcDM a dar consentimiento para hospitalización y tratamiento con mecanismos de resguardo	Mediano
14) Hospitalizaciones involuntarias autorizadas por organismo autónomo de salud o judicial	Ausente
15) Existencia de una autoridad independiente para supervisar hospitalizaciones involuntarias	Bajo
16) Existencia de mecanismos legales de apelación para hospitalizaciones involuntarias	Ausente
17) % de admisiones involuntarias en hospitales generales y psiquiátricos similar a la de países desarrollados	Mediano

## Conclusiones

- Las regulaciones en Chile sobre el consentimiento en la atención de salud de las personas con discapacidad mental, así como para la hospitalización y el tratamiento involuntarios no cumplen plenamente con las normativas internacionales (principalmente con la CDPD) ni con las recomendaciones de la OMS, ya que no contemplan la existencia de organismos autónomos que autoricen y supervisen los procedimientos involuntarios y no incluyen disposiciones para las personas institucionalizadas a largo plazo ni para las personas que no tienen la capacidad para otorgar un consentimiento válido pero que no resisten su privación de libertad al ser hospitalizadas.
  - Con el fin de cumplir con el derecho a la libertad de las personas con discapacidad mental, el país requiere avanzar en legislación y políticas que garanticen la autonomía y efectividad de los organismos que regulan las hospitalizaciones y tratamientos involuntarios, resguarden el derecho a mecanismos expeditos de apelación y protejan a las personas que no protestan ni consienten válidamente a estos procedimientos.
  - En el marco de disminuir las barreras de marginación y exclusión social de las personas con discapacidad mental, se debe completar el proceso de desinstitucionalización de las personas en establecimientos psiquiátricos e instituciones informales, bajo el reconocimiento de sus derechos y libertades, de acuerdo a un modelo comunitario de inclusión social que disminuya la condición de desventaja económica, social y cultural que presentan estas personas para la realización de sus potencialidades y proyectos personales.
-



## 5. Derecho de las personas con discapacidad mental a la protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (artículo 15 de la CDPD)

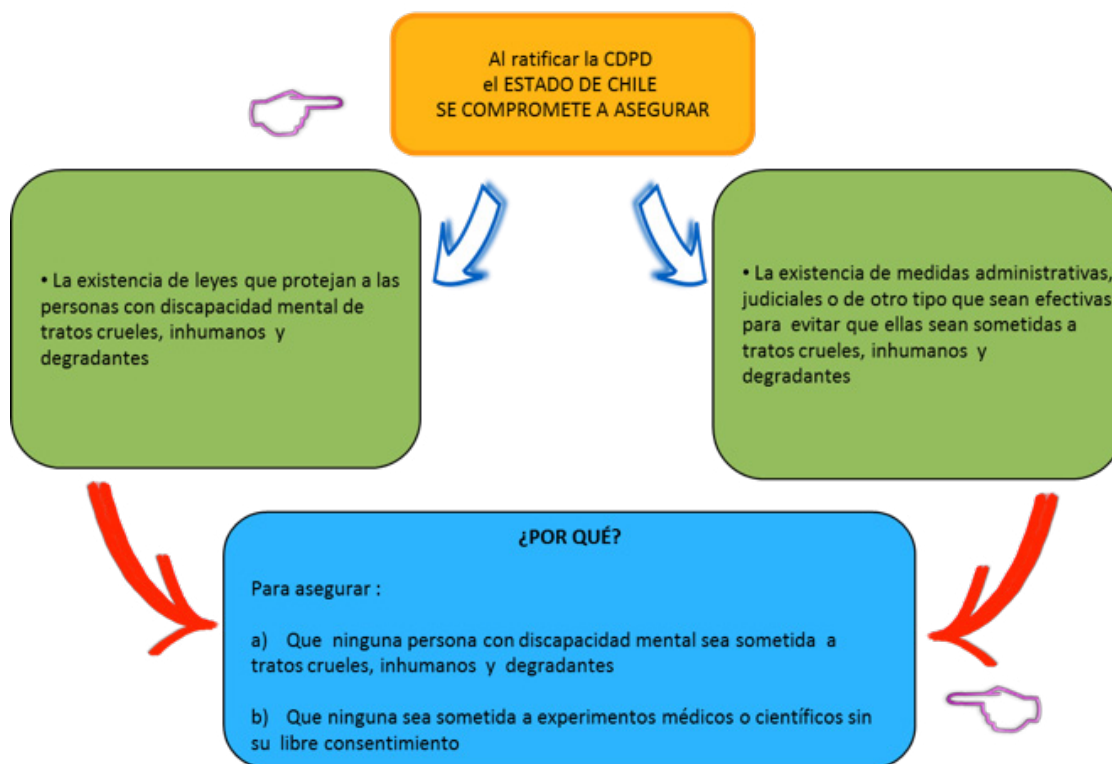
Las personas con discapacidad mental se han visto enfrentadas a las más increíbles situaciones de maltrato, tanto en instituciones como en la comunidad. El derecho internacional ha establecido que las condiciones de aislamiento y contención de personas con discapacidad, frecuentes en servicios y hospitales psiquiátricos, pueden llegar a constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes, e incluso tortura.

Ciertos tratamientos y procedimientos, en la medida que no poseen clara evidencia científica de efectos beneficiosos para las personas y por sus posibles efectos colaterales adversos, también pueden ser considerados potenciales formas de tratos crueles, inhumanos y degradantes. Al respecto, las personas pueden verse presionadas a

someterse a procedimientos médicos en entornos coercitivos o poco favorables para tomar una decisión responsable y autónoma, y lo aceptan no desde una posición informada de los eventuales riesgos y beneficios de los tratamientos, sino a causa de la situación de coerción o bien por falta de alternativas. Se puede considerar este tipo de prácticas como formas de abuso, siendo una vulneración de los derechos humanos. En muchos casos, incluso los tratamientos irreversibles se realizan sin el consentimiento de la persona.

En la comunidad, las personas con discapacidad también pueden enfrentar tratos inhumanos al estar ellos y sus familias desprovistos de apoyo sanitario y psicosocial adecuado, con las consecuencias de marginalización, abandono o institucionalización

Figura 8. Artículo 15 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho a protección de tratos crueles, inhumanos y degradantes de las personas con discapacidad mental



en lugares informales y no supervisados (ver capítulo 4).

Los organismos de monitoreo y revisión han sido fundamentales en muchos países desarrollados para supervisar y prevenir la ocurrencia de estas violaciones de derechos humanos, y mejorar las condiciones de vida y dignidad de las personas con discapacidad mental (18).

En Chile se ha avanzado en políticas y normativas para los procedimientos de aislamiento y contención, así como para los tratamientos y procedimientos irreversibles. Asimismo se ha avanzado en la constitución de organismos de protección, aunque sin la debida autonomía. Sin embargo, las personas con discapacidad mental siguen expuestas a muchos tratos crueles, inhumanos y degradantes, tanto al interior de establecimientos de salud como en la comunidad.

### **Indicadores del nivel de logro del derecho a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en Chile:**

Los aspectos normativos y los mecanismos de supervisión son herramientas fundamentales para la promoción del buen trato y la prevención y fiscalización de los tratos crueles, inhumanos o degradantes en salud mental. Es por ello que la mayoría de los países tienen un ley de salud mental en la cual se especifica la creación de organismos de monitoreo y revisión para fiscalizar el cumplimiento de las normas legales que protegen los derechos de las personas con enfermedad y/o discapacidad mental (22).

Chile es uno de los pocos países del mundo que nunca ha tenido una ley de salud mental. En el año 2000, el reglamento 570 sobre Internación Psiquiátrica, actualizó las regulaciones relativas

a la hospitalización psiquiátrica y sobre el funcionamiento de las instituciones donde ellas ocurren (23). En dicha normativa se creó además la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedad Mental, dependiente del Ministerio de Salud, y por medio de ella se derivaron normativas complementarias como las de Psicocirugía, Esterilización y de Contención y Aislamiento con el fin de proteger a las personas con enfermedades o discapacidades mentales de tratos crueles, inhumanos o degradantes en servicios de salud. Posteriormente, la Comisión Nacional constituyó Comisiones Regionales con el fin de desconcentrar sus funciones a cada una de las regiones del país.

Las Comisiones de Protección tienen por mandato, entre otras funciones, la inspección de los lugares de hospitalización psiquiátrica. De acuerdo al estudio WHO-AIMS de Chile 2012, en ese año las Comisiones de Protección visitaron el 40% de los hospitales psiquiátricos y el 25.8% de los servicios de psiquiatría en hospitales generales (19). También inspeccionaron el 12,9% de los hogares protegidos y el 17.1% de las residencias protegidas, actuando en base a reclamos y denuncias recibidas (ver figura 9). Estas comisiones no actúan en forma autónoma de la autoridad sanitaria por lo que no realizan en la práctica una inspección externa y sus facultades se limitan a emitir informes y recomendaciones sin atribuciones para determinar acciones de carácter

***Los aspectos normativos y los mecanismos de supervisión son herramientas fundamentales para la promoción del buen trato y la prevención y fiscalización de los tratos crueles, inhumanos o degradantes en salud mental. Es por ello que la mayoría de los países tienen un ley de salud mental en la cual se especifica la creación de organismos de monitoreo y revisión para fiscalizar el cumplimiento de las normas legales que protegen los derechos de las personas con enfermedad y/o discapacidad mental (22).***

resolutivo ni para realizar sanciones. Todo ello rebaja el nivel de cumplimiento del estándar de protección de derechos por parte de un organismo

de esta naturaleza.

En base a la recomendación de la OMS de “llevar a cabo inspecciones regulares de las instituciones de salud mental por un órgano independiente” (18) y que en Chile se inspeccionan estas instituciones con una frecuencia menor a una vez al año (19), se considera el nivel de cumplimiento de este estándar como bajo para nuestro país (ver indicadores 18, 19 y 20 en el anexo).

También destaca la enorme diferencia entre hospitales generales y hospitales psiquiátricos, lo cual amerita mayores estudios. Asimismo interesa conocer más sobre aspectos cualitativos en la aplicación de estas intervenciones y el cumplimiento de las normativas asociadas. Además, es necesario evaluar la contención y el aislamiento, así como la sobremedicación con fines de control conductual, en diversos espacios de privación de libertad de personas con discapacidad mental,

especialmente si se asocia con vulnerabilidad social, pobreza y exclusión social, como son las cárceles, los hogares de menores, las instituciones con fines de lucro para personas con discapacidad psíquica (formales e informales), las instituciones para personas con discapacidad intelectual y los hogares de adultos mayores.

Asumiendo como estándar la recomendación de la OMS de disminuir y eventualmente eliminar la contención física y el

aislamiento (14), considerando la referencia de que la mediana de uso de estas medidas en países de altos ingresos es de 8,2% de las personas hospitalizadas en servicios de psiquiatría (24) y que en Chile es al menos de 26,1 % (19), el cumplimiento de este indicador es considerado como bajo (ver indicador 21 en el anexo).

La figura 10 muestra los resultados sobre contención física y aislamiento en personas hospitalizadas del estudio WHO-AIMS efectuado en Chile con datos del año 2012 (19). El 26,1% de los pacientes han sido objeto de al menos un episodio de contención física y/o aislamiento en hospitales generales y el 57,9% en hospitales psiquiátricos (aunque para estos últimos sólo se dispuso de información para este indicador en 2 de las 4 instituciones existentes). Destaca el alto porcentaje de personas que se vieron sometidas a estas intervenciones, a futuro será interesante estudiar la posible asociación de estas medidas con el estatus voluntario o involuntario de la internación, el consentimiento para tratamiento y otras variables relacionadas.

Figura 9 . Porcentaje de instituciones visitadas por Comisiones de Protección en el año 2012 (gráfico de construcción propia basado en información de WHO-AIMS 2012)

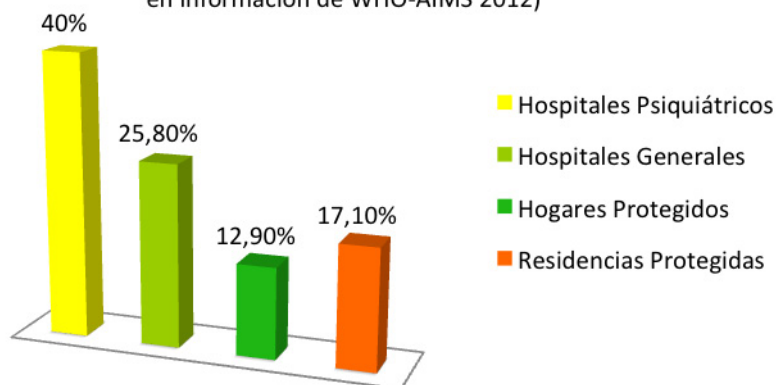
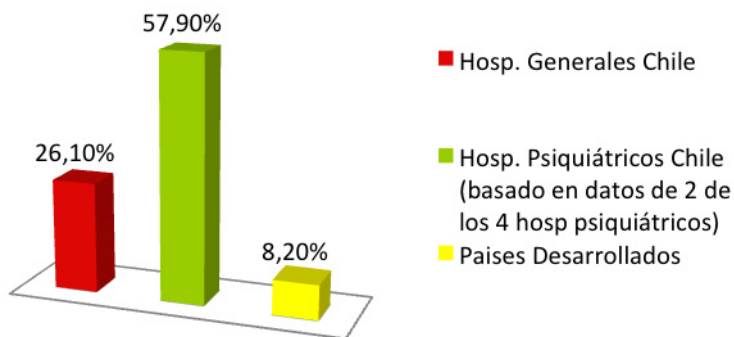


Figura 10. Porcentaje de personas que experimentan contención y/o aislamiento durante la hospitalización (gráfico de construcción propia basado en información de WHO-AIMS 2012)



En materia de procedimientos irreversibles (esterilización y psicocirugía), la Ley de Derechos y Deberes (20.584) en su párrafo 8, establece que las personas con discapacidad mental pueden ser objeto de estas intervenciones sin su consentimiento, siendo sustituidos en este derecho por los Comités de Ética y las Comisiones de Protección (16). El estándar de OMS y de la CDPD establece que sólo la persona puede dar consentimiento para estas intervenciones, y que en caso que ella no tenga capacidad para consentir, dichas intervenciones no se pueden realizar (14). De esta manera, se considera que este estándar no se cumple en Chile (ver indicador 22 en el anexo con nivel de logro ausente).

**Chile es uno de los pocos países del mundo que nunca ha tenido una ley de salud mental.**

**Tabla 9. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la protección contra la tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes.**

Estándares evaluados para personas con discapacidad mental	Nivel de Logro
18) 100% de los servicios de psiquiatría con inspecciones externas regulares para protección de DDHH	Bajo
19) 100% de los hogares protegidos con inspecciones externas regulares para protección de DDHH	Bajo
20) 100% de las residencias protegidas con inspecciones externas regulares para protección de DDHH	Bajo
21) 0% de los usuarios con contención física y/o aislamiento en hospitales generales y psiquiátricos	Bajo
22) Derecho exclusivo de la persona con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (esterilización y psicocirugía)	Ausente

## Conclusiones

- En Chile la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en las personas con discapacidad mental se encuentra en un nivel bajo de implementación, tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos.
  - El porcentaje de usuarios sometidos a procedimientos de contención y aislamiento excede por mucho lo observado en países de altos ingresos.
  - La legislación vigente y recientemente promulgada (Ley 20.584) permite procedimientos irreversibles sin consentimiento de la persona afectada, en contra de la normativa internacional de la que el país es signatario.
  - La Comisión Nacional de Protección de Personas Afectadas por Enfermedad Mental, carece de la autonomía, atribuciones y presencia suficiente en actividades de supervisión para prevenir, fiscalizar y sancionar prácticas abusivas.
  - Se requiere armonizar las leyes, normativas y procedimientos nacionales con los estándares internacionales, estableciendo suficientes recursos para el funcionamiento de un organismo fiscalizador autónomo que realice una supervisión adecuada con fines de prevención, detección y sanción de tratos crueles, inhumanos o degradantes en los distintos espacios institucionales y comunitarios.
-

## 6. Derecho de las personas con discapacidad mental a vivir en forma independiente y a ser incluidos en la comunidad (Artículo 19 de la CDPD)

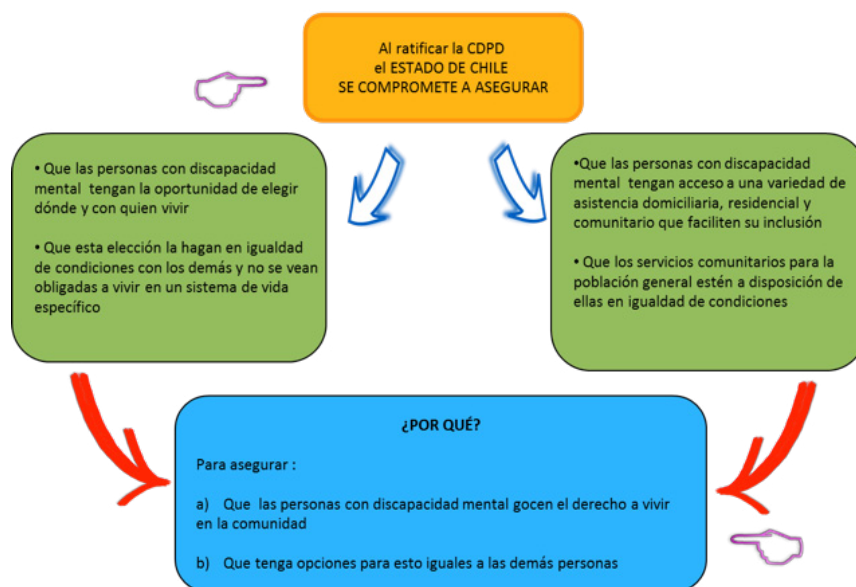
Uno de los derechos humanos más frecuentemente violado en las personas con discapacidad mental es el de vivir en forma independiente y ser incluidos en la comunidad. Es así como a lo largo de la historia de la humanidad han surgido diversas formas de control social y de encierro permanente en instituciones y en los hogares de sus familias. El manicomio ha sido una de las instituciones paradigmática en el atropello de este derecho, debido a la gran cantidad de personas que llegó a tener privadas de la vida independiente y de la inclusión en la comunidad.

Aproximadamente, entre 1880 y 1950, los manicomios se multiplicaron en la mayoría de los países del mundo, especialmente en aquellos económicamente más desarrollados (25). Después de la Segunda Guerra Mundial, en tiempos de crecimiento y reconstrucción social, de movimientos sociales contra las distintas formas de opresión y de una mayor sensibilidad hacia las diferencias y minorías, los manicomios comienzan a ser cuestionados, surgen movimientos de anti

psiquiatría y reforma psiquiátrica, y se inician diferentes procesos de transformación en varios países de Europa y Norteamérica (26).

En la actualidad, la mayoría de los países de ingresos altos han avanzado en la superación del modelo institucional y han desarrollado una red de servicios de salud mental comunitarios y de sistemas de apoyo social que han permitido que las personas con discapacidad mental vivan en forma independiente y alcancen niveles crecientes de inclusión social (27). Chile se encuentra recién en las primeras etapas del proceso de desinstitucionalización y tal como se señaló en el capítulo 4, aún quedan muchos desafíos por superar. Sin embargo, el desafío de nuestro país es aún mayor en los estándares que ha fijado la CDPD en desarrollar una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y comunitaria que efectivamente permitan que las personas con discapacidad mental ejerzan este derecho (ver figura 11).

Figura 11. Artículo 19 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad de las personas con discapacidad mental



### Indicadores del nivel de logro del derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad en Chile

De acuerdo a información del Ministerio de Salud actualizada hasta el año 2011, el número de personas que aún se encuentran residiendo en largas estadías de los hospitales psiquiátricos es de 312 (28). Esto muestra que el proceso de rehabilitación, inclusión social, provisión de hogares y residencias y de apoyos sociales para vivir en la comunidad ha sido aún insuficiente después de 14 años de implementación del Plan Nacional de Salud Mental (29), el cual planteaba la sustitución de las largas estadías por hogares protegidos (ver indicador 23 en el anexo). Sin embargo, se debe reconocer que, comparado con el año 2001, ha habido un progreso gradual en el sentido de aumentar las plazas en hogares y residencias en la comunidad y en disminuir el número de camas en las largas estadías, según se muestra en la figura 12.

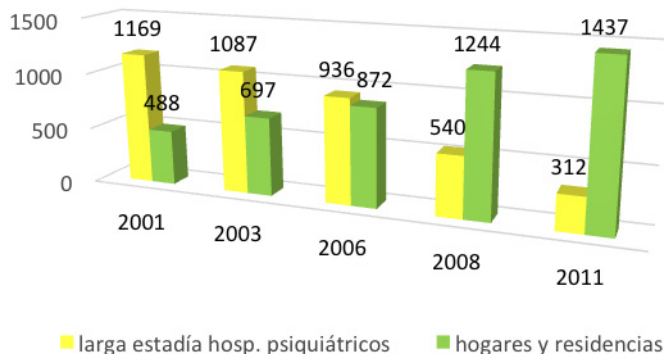
financiadas por SENAME ese tipo de medidas han sido escasas.

De acuerdo a la guía mhGAP de la OMS, la cuál ha sido utilizada para este efecto como estándar, se debe evitar el manejo institucionalizado de personas con discapacidad intelectual y en cambio se deben implementar programas de rehabilitación basados en la comunidad (30). En contraste con este estándar, el estudio WHO-AIMS 2012 mostró que había 1542 niños y adultos con discapacidad intelectual en las instituciones financiadas por SENAME (ver indicador 24 en el anexo), lo cual representa una disminución no significativa con el número encontrado con el WHO-AIMS 2004 (18).

En un estudio de Alvarado del 2009 sobre los dispositivos ambulatorios de salud mental se midió el nivel de desarrollo del modelo comunitario en los 29 servicios de salud del país (31). Para este efecto, un grupo de expertos definió 5 estándares

que dicho modelo debía cumplir para tener un 100% de desarrollo. Los resultados mostraron que la mediana nacional de cumplimiento de los 5 estándares fue de 35,8%, variando entre un 17,5% en los servicios de salud con menor cumplimiento y un 58,5% en los servicios de salud con el mayor cumplimiento (ver indicador 25 en el anexo). Estos resultados señalan, en términos simples, que después de casi 20 años de implementar políticas de salud mental comunitaria, se ha desarrollado en el país solo 1/3 del modelo comunitario, y que

Figura 12. Número de camas en servicios de larga estadía de hospitales psiquiátricos y en hogares y residencias protegidas. Chile 2001 a 2011 (gráfico de construcción propia basado en información de Minsal)



Otra forma de violación al derecho de vivir en la comunidad es la que ocurre con los niños y adultos con discapacidad intelectual que son mantenidos recluidos en instituciones financiadas por el Servicio Nacional de Menores (SENAME). A diferencia de las largas estadías de los hospitales psiquiátricos, donde se han tomado medidas a partir del año 2001 para detener nuevos ingresos y se han generado alternativas comunitarias, en las residencias

con este nivel no se puede garantizar el derecho de las personas con discapacidad mental a vivir y ser incluidos en la comunidad, tal como lo establece la CDPD.

Tal como se muestra en la figura 12, el número de plazas en los hogares y residencias protegidas ha aumentado considerablemente en los últimos años. Sin embargo, cuando se calcula la tasa por 100.000

adultos, tal como se hizo en el estudio WHO-AIMS 2012 (19), se observa que es bastante inferior al estándar que se fijó en el Plan Nacional de Salud Mental (29), con 27,5 y 48,0 plazas respectivamente (ver indicador 26 en el anexo).

Además de la deficiencia en la cantidad de plazas de hogares y residencias, se debe considerar la calidad de estos dispositivos para que efectivamente sean instancias de apoyo al derecho de vivir y ser incluidos en la comunidad. En este sentido, es preocupante el estudio de Chuaqui (32) sobre percepciones de usuarios de hogares protegidos de la región de Valparaíso, en el cual se encontró

necesarios para que las personas con discapacidad no solo vivan en la comunidad sino que lo hagan en forma independiente y con inclusión social.

Si bien en nuestro país se ha querido hacer efectivo los principios de la Declaración de Caracas de 1990, en base a la promoción de la inserción comunitaria de la población egresada de los hospitales psiquiátricos y el reconocimiento pleno de la autonomía personal y los derechos ciudadanos de las personas con discapacidad mental, podemos ver que el proceso de inclusión social es complejo, con muchas barreras y tensiones, implicando una serie de cambios de mayor amplitud que el

***...el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, muchas veces se ve limitado por barreras similares a las de las instituciones psiquiátricas que se reproducen en la sociedad más allá de los muros de estos establecimientos.***

que si bien las percepciones de ellos son favorables porque satisfacen necesidades básicas, al mismo tiempo perciben el hogar como un lugar altamente normado, cuyas actividades son rutinarias, estandarizadas y determinadas mayoritariamente por sus cuidadores. De comprobarse resultados similares en otros lugares del país, significaría que los hogares protegidos no estarían favoreciendo el desarrollo de habilidades ni brindando los apoyos

simple hecho de salir del hospital psiquiátrico (o de nunca ingresar en él). Es así como el derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, muchas veces se ve limitado por barreras similares a las de las instituciones psiquiátricas que se reproducen en la sociedad más allá de los muros de estos establecimientos.

**Tabla 10. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad**

<b>Estándares evaluados para personas con discapacidad mental</b>	<b>Nivel de Logro</b>
23) No deberían haber personas en los servicios de larga estadía de los hospitales psiquiátricos (cierre de estos servicios)	Mediano
24) Evitar la institucionalización de personas con discapacidad intelectual y usar en cambio rehabilitación basada en la comunidad	Bajo
25) 100 % de cumplimiento de los estándares para el funcionamiento del modelo comunitario en las redes de dispositivos de salud mental ambulatorios	Mediano
26) 48 plazas de hogares y residencias protegidas por cada 100.000 adultos beneficiarios de FONASA	Mediano



## Conclusiones

- Se requiere completar el desarrollo del modelo comunitario de salud mental en el sistema público de salud a corto plazo, de modo que este sector contribuya realmente a que las personas con discapacidad mental gocen el derecho a vivir en la comunidad, bajo los principios de autonomía personal, igualdad de oportunidades y justicia social.
  - El desarrollo del modelo comunitario implica un aumento tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios comunitarios: mayor número de centros de salud mental comunitarios, de programas de rehabilitación psicosocial e inclusión social, de hogares y residencias protegidas y de los recursos humanos que trabajan en estas instancias; pero también, mayor cumplimiento de estándares de calidad y respeto de derechos humanos en todos los dispositivos y programas de salud mental comunitarios, y una mayor formación en el modelo de salud mental comunitario de los equipos que trabajan en ellos.
  - Las personas con discapacidad intelectual necesitan políticas específicas de rehabilitación basada en la comunidad, de modo que puedan acceder a diversas formas de apoyo social y pequeñas residencias comunitarias con apoyo que les permita vivir en la comunidad y así disminuir gradualmente el número de personas institucionalizadas.
  - Además, son necesarios nuevos estudios que permitan conocer el rol que están jugando otros programas sociales fuera de salud y SENAME en la facilitación del goce de este derecho por parte de las personas con discapacidad mental.
-

## 7. Derecho de las personas con discapacidad mental a la educación (artículo 24 de la CDPD)

La CDPD y los Estados Partes reconocen el derecho a la educación de las personas con discapacidad mental, el cual debe hacerse efectivo sin discriminación alguna y sobre la base de la igualdad de oportunidades. Esto compromete a los Estados Partes a garantizar un sistema de educación inclusivo en todos los niveles, así como la enseñanza a lo largo de la vida.

La educación inclusiva desde la enseñanza primaria, e idealmente desde la etapa pre-escolar hasta la superior, es una herramienta poderosa para prevenir y recuperar tempranamente las diferentes formas de discapacidad mental. El rol que puede cumplir la educación desde los primeros años de vida es fundamental para el desarrollo pleno de las capacidades de las personas, el sentido de dignidad y el respeto de los derechos humanos; así como el desarrollo máximo de la personalidad, de los talentos y creatividad.

La educación es también fundamental para ejercer el derecho que tiene toda persona con discapacidad a tener las mismas oportunidades que el resto de la sociedad, a aprender a interactuar con sus pares y medio social, y a ser incluida sin discriminaciones de ninguna especie. La educación también puede contribuir a que el resto de la comunidad escolar tenga la oportunidad enriquecedora de compartir con personas con discapacidad mental, valorar las diferencias individuales y desplegar actitudes de convivencia positiva e inclusión.

El Ministerio de Educación, en relación a las orientaciones para los proyectos de integración, señala que es necesario asumir el principio de equidad como igualdad de oportunidades para todos los alumnos y alumnas. Ello supone, para el establecimiento educativo, identificar e incorporar los recursos humanos, materiales y técnicos que puedan existir en la unidad educativa y en su entorno, estableciendo redes de apoyo que permitan potenciar el proceso de integración (33).

Si bien la inversión en educación temprana e inclusiva para niños con discapacidad mental puede tener, al igual que en otros aspectos del desarrollo infantil, un impacto favorable para toda la vida y con alto costo-efectividad, también debe tenerse presente el importante rol que tiene la educación en los procesos de recuperación e inclusión social de adolescentes y adultos con discapacidad mental.

Figura 13. Artículo 24 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho a la educación de las personas con discapacidad mental



## Indicadores del nivel de logro del derecho a la educación en Chile:

Los estudios WHO-AIMS de evaluación de los sistemas de salud mental realizados en distintos países de América Latina (19, 34, 35) han permitido medir, entre varios otros indicadores, el porcentaje de escuelas que cuentan con al menos un profesional de salud mental, ya sea a tiempo parcial o completo, entendido como tal el técnico o profesional universitario que haya recibido formación en este campo a nivel de pre o post-grado (ej., psicólogo; trabajador social, enfermero o terapeuta ocupacional con especialización en salud mental; etc.).

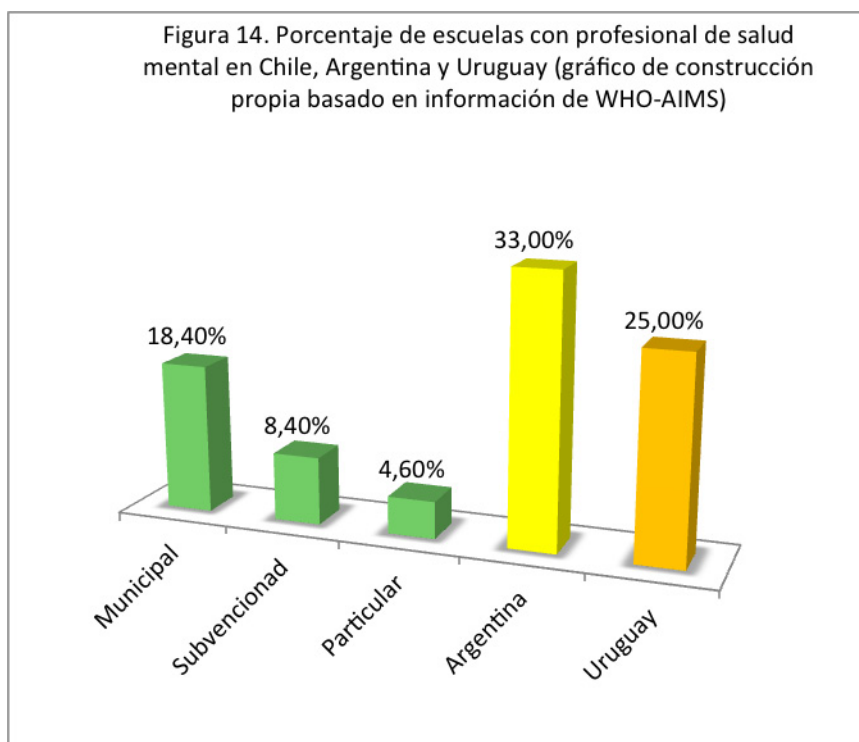
La importancia del profesional de salud mental en una escuela se relaciona tanto con su rol potencial en la prevención de trastornos y discapacidad mentales, como en el tratamiento oportuno y recuperación de estas condiciones, así como también en el rol que puede cumplir en las transformaciones de la comunidad escolar con el fin de garantizar la inclusión y el desarrollo

***Es así como de cada 10 estudiantes con discapacidad mental solamente uno se encuentra incluido en una escuela regular (o general) y los otros 9 permanecen aún excluidos en escuelas especiales***

pleno de sus capacidades.

De acuerdo a la figura 14 y al indicador 27 del anexo, son pocas las escuelas en Chile que disponen de al menos un profesional de salud mental, con un porcentaje algo mayor en las escuelas municipales (18,4% de ellas cuentan con este profesional) que en las particulares (8,4% de las subvencionadas y 4,6% de las sin subvención) (19). Al comparar la situación

de Chile con otros países latinoamericanos, se observa que nos encontramos por debajo de Argentina (34) y Uruguay (35), los cuales tienen incorporados profesionales de salud mental en el 33,0% y 25,0% de sus escuelas, respectivamente. Por consiguiente, Chile tiene un desafío imperativo que cumplir en este aspecto.



A pesar de que Chile ha formulado por más de 14 años políticas de integración escolar en los establecimientos de educación “regular” (36), la cual incluye a los niños con discapacidad mental (intelectual y psíquica), y ha destinado fondos adicionales en las escuelas municipales y particulares subvencionadas para este efecto, el nivel de implementación real de estas políticas es escaso. Es así como de cada 10 estudiantes con discapacidad mental solamente uno se encuentra incluido en una escuela regular (o general) y los otros 9 permanecen aún excluidos en escuelas especiales (37) (ver figura 15 en este capítulo e indicador 28 en el anexo).

Podemos señalar que los procesos de inclusión social son complejos y no fáciles de implementar, es frecuente que encuentren muchas resistencias en

los estudiantes sin discapacidades y sus familias, en los profesores, los sostenedores de escuelas e incluso en los propios niños con discapacidad mental y sus familias, reflejando el estigma y discriminación existentes en nuestra sociedad.

El disponer solamente de políticas escritas y recursos financieros como incentivos, dejando la decisión de incorporar la inclusión a la voluntad de los sostenedores y al proyecto educativo de cada colegio, aparentemente no produce mayor impacto ni avance en las garantías estatales. De acuerdo al compromiso de Chile con la ONU y la CDPD, la inclusión de niños con discapacidad mental es un derecho que debe ejercerse en todos los establecimientos educacionales del país.

No es infrecuente en Chile escuchar de padres de

niños con discapacidad mental que sus hijos no son admitidos en escuelas regulares, o si lograron entrar a la escuela, que no reciben los apoyos necesarios para su aprendizaje, terminando muchas veces excluidos. No existiendo registros ni estudios específicos de tasas de expulsión de escuelas en estudiantes con discapacidad mental, la mejor aproximación disponible es el porcentaje de escuelas que expulsan estudiantes con trastornos conductuales. Es altamente probable que muchos de los estudiantes considerados con trastornos conductuales presenten alguna forma de trastorno mental que al no recibir el apoyo adecuado y el tener que enfrentar las barreras que le pone el sistema educacional desarrollen una discapacidad mental.

No obstante que las “Normas y Derechos para Estudiantes” del Ministerio de Educación (38) establecen que la expulsión del establecimiento debe ser una medida excepcional, la cual solamente se debe aplicar cuando existe un riesgo real y actual para algún miembro de la comunidad escolar, el 5% de las escuelas municipales, el 8% de las particulares subvencionadas y el 17% de las particulares tienen la práctica de expulsar estudiantes que presenten trastornos conductuales (37).

Figura 15. Porcentaje de niños con discapacidad mental que asisten a escuelas especiales y generales en Chile (gráfico de construcción propia basado en información del Informe Anual 2011 del Instituto Nacional de Derechos Humanos)

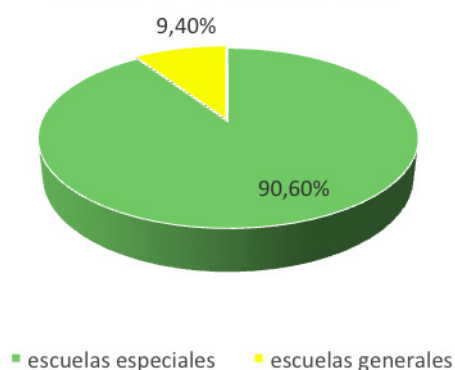


Tabla 11. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la educación

Estándares evaluados para personas con discapacidad mental	Nivel de Logro
27) Incorporación de profesionales de salud mental en escuelas	Mediano en municipales y bajo en particulares
28) Acceso de personas con discapacidad a educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita	Bajo
29) Utilización excepcional de la expulsión de estudiantes con trastornos conductuales en escuelas	Mediano en municipales y bajo en particulares

---

## Conclusiones

- La educación es fundamental para el desarrollo de las potencialidades de niños, adolescentes y adultos con discapacidad mental.
- La CDPD de la ONU compromete al Estado de Chile a implementar políticas y legislación que favorezcan que las personas con discapacidad mental accedan a la educación sin discriminaciones, con el apoyo y los ajustes que sean necesarios.
- A pesar de las políticas de integración escolar existentes en Chile, solamente uno de cada diez estudiantes con discapacidad mental se benefician de ellas.
- Solamente un bajo porcentaje de escuelas han incorporado profesionales de salud mental en sus recursos humanos.
- En Chile aún se utiliza la expulsión de estudiantes con problemas conductuales en un número no menor de escuelas, en vez de proveer los apoyos técnicos y profesionales personalizados y realizar los ajustes razonables en los procesos de enseñanza de acuerdo a las necesidades individuales.
- Una inclusión mayoritaria de estudiantes con discapacidad mental en establecimientos educacionales generales se podrá lograr en Chile siempre que se contemplen al menos las siguientes medidas:
  - Obligatoriedad de la inclusión de estudiantes con discapacidad mental en todas las escuelas del país.
  - Incorporación de técnicos y profesionales de salud mental en las escuelas con el fin de que apoyen a los profesores en el proceso de inclusión, y a generar un ambiente inclusivo.
  - Formación y capacitación de profesores en competencias específicas para brindar apoyo a los estudiantes con discapacidad mental y a realizar los ajustes razonables en el aula.
  - Eliminación del uso de las expulsiones de las escuelas de estudiantes con discapacidad mental.
  - Refuerzo del apoyo técnico, supervisión y financiamiento que promuevan la inclusión de estudiantes con discapacidad mental en las escuelas.

## 8. Derecho de las personas con discapacidad mental a la salud (artículo 25 de la CDPD)

En las últimas décadas se ha incorporado crecientemente la perspectiva de derechos humanos en el diseño de estrategias para responder a la carga de enfermedades mentales. Los efectos deletéreos de la vida institucional, su ineffectividad terapéutica y las flagrantes violaciones a los derechos de las personas que dicho modelo produce, han motivado un serio cuestionamiento al modelo institucional de enfrentamiento de la enfermedad mental.

Además de las consecuencias sobre las personas al interior de dichos lugares, dicho enfoque asistencial secuestra los recursos y deja a la comunidad abandonada en sus necesidades de promoción, prevención, detección precoz, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud mental.

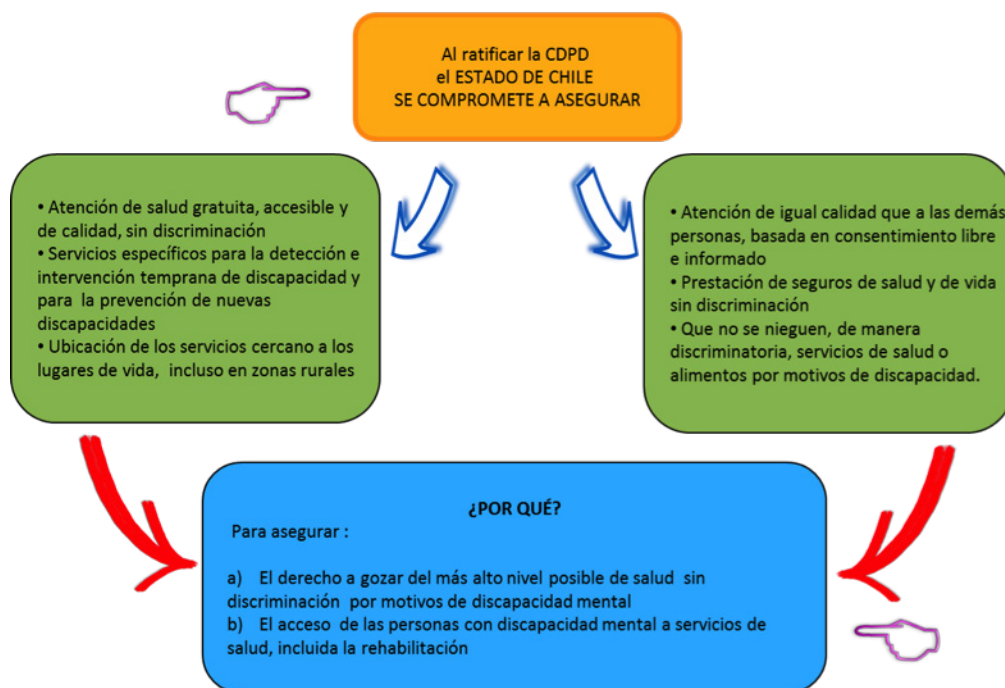
Hoy, después de más de 20 años de la conferencia de Caracas, donde los países de Latinoamérica y el Caribe se comprometieron a cambiar sus políticas y programas de salud mental, son aún inmensas

las brechas, tanto de recursos destinados a la salud mental como en los modelos de atención. Así, Chile después de más de dos décadas de planes nacionales en esta área aún destina un bajo porcentaje del presupuesto de salud para salud mental y mantiene un porcentaje significativo de él en hospitales psiquiátricos con importantes resabios manicomiales.

Los derechos humanos deben ser considerados en conjunto, actuando en forma integrada. De esta forma el derecho a la salud se relaciona estrechamente con el derecho a vivir en la comunidad, la libertad y la protección contra tratos inhumanos y degradantes y la tortura.

En el área de la salud mental y psiquiatría, sólo una organización territorial de los recursos en un modelo comunitario permite acercar la atención a las personas, evitar la institucionalización y por tanto prevenir y reducir discapacidad.

Figura 16. Artículo 25 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho a la salud de las personas con discapacidad mental

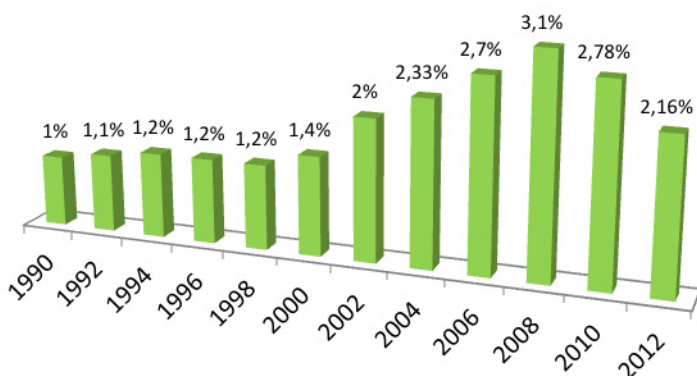


## Indicadores del nivel de logro del derecho a la salud en Chile:

### Financiamiento

Actualmente, el 2,16% del gasto en salud en Chile está destinado a la Salud Mental (19). A inicios de los 90, dicho porcentaje era del 1% y si bien hacia fines de la década pasada este gasto se logró empujar por sobre el 3%, en los últimos años ha experimentado un descenso gradual. En otras palabras, los fondos para salud mental han crecido en una proporción menor que el presupuesto para salud física en este último período.

Figura 17. Porcentaje destinado a salud mental del presupuesto de salud del sistema público. Chile 1990-2012 (gráfico de construcción propia basado en información de MInsal)



Como parte de la elaboración Plan Nacional de Salud Mental del año 2000 (29), se calculó que se necesitaba un gasto en salud mental del 5% del presupuesto general de salud de ese año con el fin de poder cumplir sus objetivos. La brecha presupuestaria actual se relaciona estrechamente con las brechas de servicios de salud mental existentes. La figura 17 muestra la evolución del peso relativo del presupuesto de salud mental

entre los años 1990 y 2012.

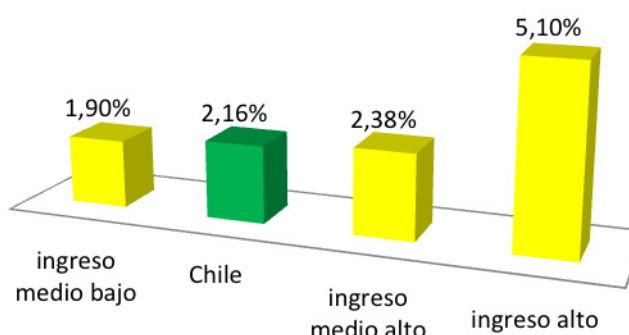
La figura 18, que compara el porcentaje asignado a salud mental en Chile con los promedios mundiales que ha estimado la OMS (22), permite observar que el porcentaje de nuestro país es 0,22% inferior al promedio de países de ingreso medio alto y menos de la mitad que el de países de ingreso alto.

Cabe precisar que no se está hablando de monto de dinero, sino del porcentaje respecto del presupuesto total de salud. En ese sentido, el nivel de desarrollo económico de un país no excusa destinar un porcentaje bajo de su presupuesto de salud a la salud mental, se trata más bien un desarrollo en

el ámbito del respeto por las personas con enfermedad y/o discapacidad mental y el compromiso de realmente garantizar su derecho a la salud de acuerdo a lo señalado por la CDPD (ver figura 16).

Tomando en consideración los datos de la figura 18, se estima el cumplimiento de este indicador en Chile como bajo (ver indicador 30 en el anexo). La asignación presupuestaria total para salud mental se cruza estrechamente con el indicador de la proporción de ese presupuesto que se

Figura 18. Porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental. Comparación de Chile con países de distintos ingresos (gráfico de construcción propia basado en información de Minsal y OMS)



destina a las grandes instituciones psiquiátricas y a los dispositivos comunitarios. A principios de los 90, cerca del 75% del presupuesto de salud mental del país (que era el 1% del presupuesto de salud), se destinaba a los 4 hospitales psiquiátricos.

Hoy, en virtud de la expansión de presupuesto destinado al desarrollo de la red de dispositivos comunitarios, dicho porcentaje se ha reducido a cerca del 21% (19) (ver figura 19). Sin embargo, salvo el Hospital El Peral, dichos establecimientos han mantenido sus presupuestos tradicionales, y no han contribuido mayormente al desarrollo de la red de salud mental comunitaria con reconversión de recursos.

## Atención de Salud Mental

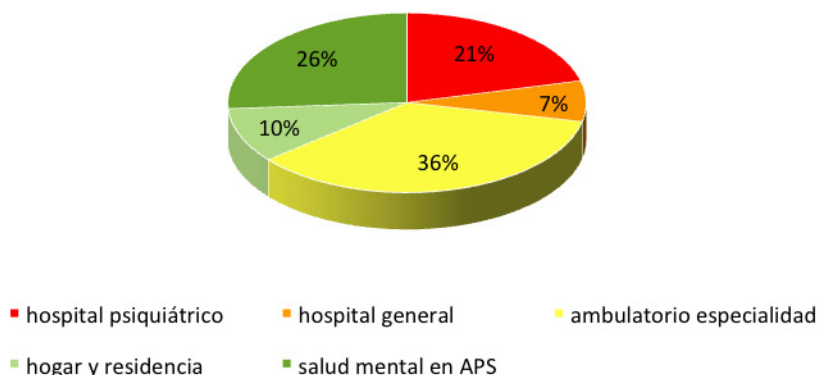
Recursos para la atención: La norma de centros de salud mental comunitaria (39) estableció un estándar de un centro por cada 40 mil beneficiarios FONASA, de modo de permitir una atención cercana a los territorios de vida de las personas. En la actualidad, pese a un significativo desarrollo desde cero centro existente en 1990 a 83 centros en el año 2012, se está aún lejos del estándar planteado (se dispone de un centro por cada 164.940 beneficiarios FONASA). Se requiere aumentar el número de centros en aproximadamente 4 veces para cumplir con el estándar y solucionar la sobredemanda de atención que experimentan en la actualidad. De este

manera, se estima el nivel cumplimiento del estándar como bajo (ver indicador 37 en el anexo).

El desarrollo de los equipos de salud mental y psiquiatría comunitaria ha adolecido de una importante disparidad entre los distintos Servicios de Salud del país, tanto en su dependencia administrativa y ubicación en la red, como en la dotación de personal y capacidad resolutive.

De acuerdo al estándar de la norma técnica de centros de salud mental comunitarios (39), se requieren 1457,5 horas por semana de técnicos y profesionales de distintas disciplinas para 100.000 beneficiarios FONASA, pero según el estudio de Alvarado (31), al año 2010 solo se disponía de un tercio de estos recursos humanos (con un total de 482,7 horas por semana), tal como se aprecia en la figura 20. Para este

Figura 19. Distribución del presupuesto de salud mental entre los diferentes tipos de dispositivos en el año 2012. (gráfico de construcción propia basado en información de WHO-AIMS 2012)



Esto ha significado que en sus territorios haya habido un escaso o nulo desarrollo de servicios de psiquiatría en hospitales generales, predominando un modelo institucional, en contraposición a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría que señalan la reconversión progresiva de los hospitales psiquiátricos hacia una red comunitaria de atención de salud mental.

**De acuerdo al estándar de la norma técnica de centros de salud mental comunitarios (39), se requieren 1457,5 horas por semana de técnicos y profesionales de distintas disciplinas para 100.000 beneficiarios FONASA, pero según el estudio de Alvarado (31), al año 2010 solo se disponía de un tercio de estos recursos humanos (con un total de 482,7 horas por semana).**



indicador, por consecuente, también se considera que el nivel de cumplimiento del estándar es bajo (ver indicador 41 en el anexo).

### Cobertura de Atención de Salud Mental

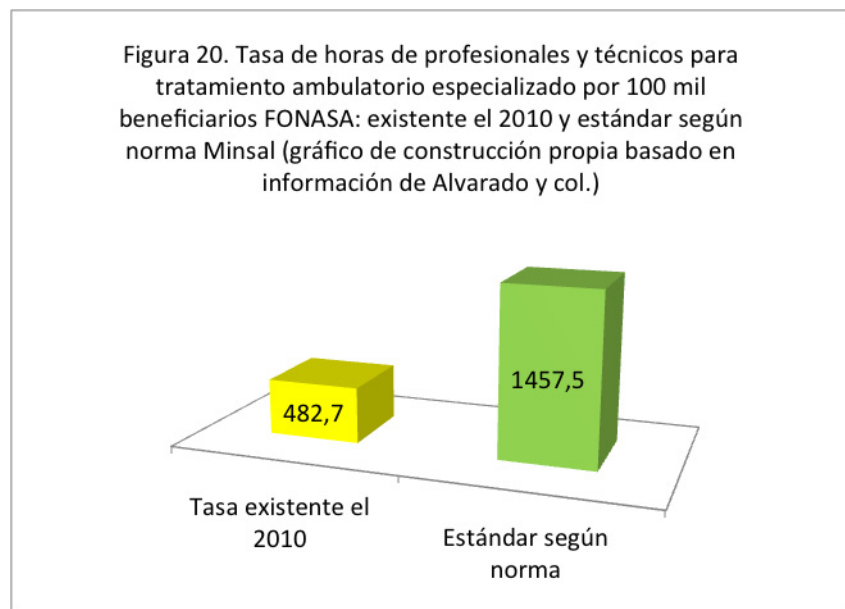
De acuerdo a nuestras estimaciones, en base a la información estadística disponible en la página web del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) de Minsal del año 2012, el 5,3% de las personas beneficiarias de FONASA tuvo al menos una atención de salud mental en ese año (sin

el cumplimiento de este indicador como mediano para los beneficiarios de FONASA y alto para los afiliados a ISAPRES (ver indicadores 31 y 32 en el anexo). Se debe considerar, sin embargo, que no se dispone de evaluaciones de calidad de la atención de salud mental en el sistema ISAPRES.

### Calidad y continuidad de atención en salud mental

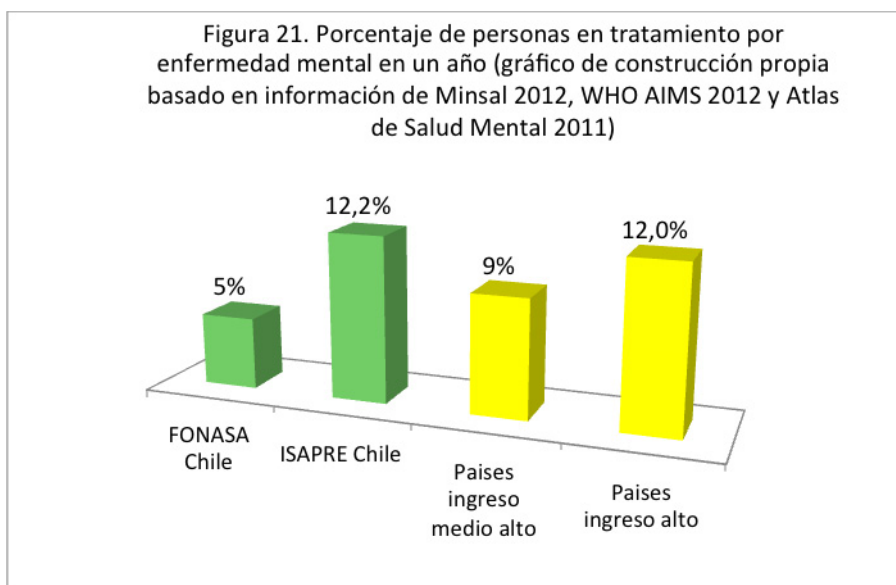
La evidencia demuestra la importancia de la psicoeducación al usuario y su familia en la adherencia a tratamientos y evolución de las enfermedades mentales y en particular de la esquizofrenia. Es así como la guía GES para esta enfermedad de Minsal (41) señala que la psicoeducación debe realizarse con todas las personas con primer episodio de esquizofrenia y sus familiares. Sin embargo, un estudio realizado por Alvarado el año 2006 (42) mostró que dicha actividad se realizaba sólo en aproximadamente la mitad de los casos (ver figura 22 más adelante e indicador 33 en el anexo).

La continuidad de cuidados es un aspecto central del tratamiento de una enfermedad grave como la esquizofrenia, y es reflejo de varios factores, como la calidad, accesibilidad, disponibilidad y

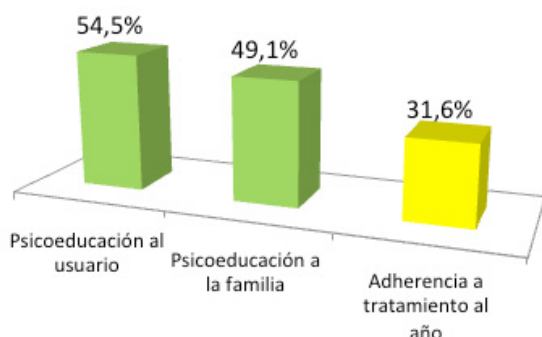


considerar la modalidad de libre elección). En el mismo año, el estudio WHO-AIMS 2012 (19) mostró que un porcentaje dos veces mayor de personas en ISAPRES recibió este tipo atención de salud mental (12,2%) (ver figura 21).

Estos datos ponen en evidencia la inequidad existente en el acceso a atención de salud mental en el país, donde los afiliados a ISAPRES tienen un nivel de acceso similar al de países de ingresos altos (40), mientras que los beneficiarios de FONASA tienen un acceso inferior al promedio de los países de ingresos medios altos. De acuerdo a lo señalado, se puede considerar



**Figura 22. Indicadores de calidad y continuidad del tratamiento de primer episodio esquizofrenia: porcentaje de personas (gráfico de construcción propia basado en información de Alvarado 2006 y Alvarado 2010)**



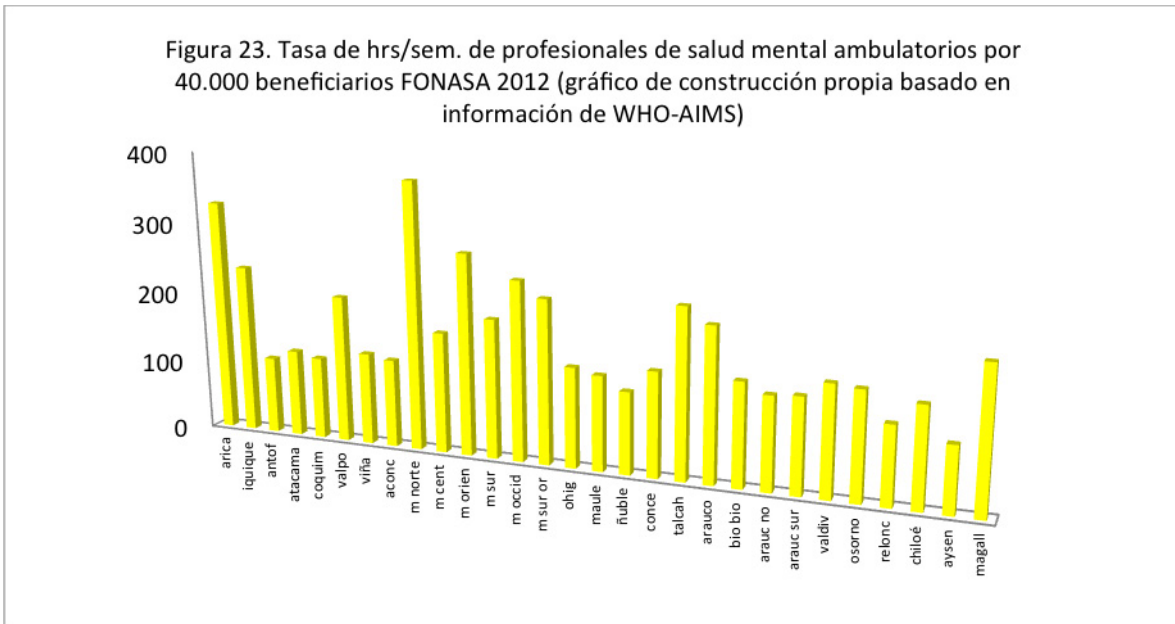
aceptabilidad de los tratamientos ofrecidos. En Chile, un estudio efectuado el 2009 en el sistema público (31) mostró que más de dos tercios de las personas afectadas por un primer episodio de esquizofrenia abandonan el tratamiento antes de un año del inicio de este (ver figura 22 más adelante e indicador 34 en el anexo). Este nivel de abandono es muy superior al 21,3% de abandono de tratamientos psiquiátricos encontrado en un estudio de la OMS en países de varias regiones del mundo (43).

De acuerdo a los estándares de la OMS QualityRights (14), las personas con trastornos mentales deben recibir un tratamiento que combine medicación psicotrópica, intervenciones psicosociales y estrategias para favorecer la inclusión social.

Un estudio reciente realizado en Chile aplicando el instrumento QualityRights (15) mostró que el 86,7% de los centros ambulatorios evaluados cumplía en forma total con el estándar para medicación psicotrópica pero solo el 6,7% lo hacía para acceso a programas psicosociales e intervención en la red de apoyo social (ver tabla 12 más adelante e indicadores 38, 39 y 40 en el anexo). Destaca el alto cumplimiento en la disponibilidad de medicación psicotrópica y la minimización de los aspectos psicosociales de las intervenciones terapéuticas, lo cual conlleva el riesgo de sobremedicación y de un bajo impacto del tratamiento.

**Tabla 12. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento de estándares de programas psicosociales, intervención de red de apoyo y medicación. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos (15)**

Nivel de cumplimiento del estándar	Acceso a programas psicosociales (% de centros)	Intervención de red de apoyo social (% de centros)	Medicación Psicotrópica (% de centros)
Total	6,7	6,7	86,7
Parcial	53,3	46,7	6,7
Mínimo	33,3	46,7	6,7
Nulo	6,7	0,0	0,0

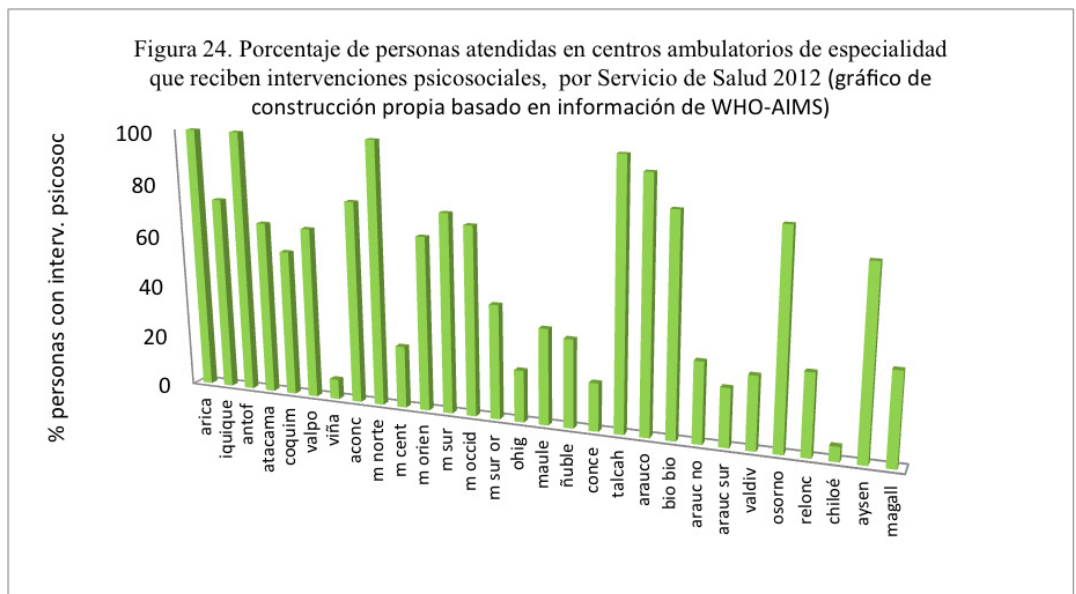


**Discriminación en la atención de salud mental**

En relación a la discriminación territorial en la atención ambulatoria, la figura 23, con información del WHO-AIMS 2012 (19), muestra las diferencias en recursos profesionales ambulatorios entre los Servicios de Salud, con una tasa mínima para el país de 93,0 horas semanales totales de profesionales de salud mental por 40.000 beneficiarios FONASA en Aysén y una tasa máxima de 376,6 en el Servicio de Salud Metropolitano Norte. Esto significa que la población FONASA de Aysén tiene cuatro veces menos horas de profesionales especializados en salud mental que la población de la zona norte de la Región Metropolitana, lo cual afecta el acceso y calidad de tratamiento para las personas con trastornos mentales severos y/o

discapacidad y su goce del derecho a la salud (ver indicador 35 en el anexo).

El estudio WHO-AIMS también demostró que el porcentaje de personas que reciben intervenciones psicosociales en forma ambulatoria es muy desigual entre los diversos servicios de salud del país (19), lo que puede relacionarse en parte con los recursos humanos disponibles en cada servicio y en parte por el modelo de atención que se aplica en ellos (ver figura 24).



Existe también discriminación territorial en el acceso a servicios de corta estadía en hospital general. La CDPD establece como obligación de los Estados la entrega de servicios, a las personas con discapacidad, cercanos a sus domicilios, en igualdad de condiciones con la población general y sin discriminación.

A 14 años de la puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental, en nuestro país la presencia de un hospital psiquiátrico en el territorio de un servicio de salud es aún el mayor factor predictor de inexistencia de servicios de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales.

A excepción del Hospital El Peral, los hospitales psiquiátricos no han cumplido con el Plan Nacional referente al traslado de sus cortas estadías a hospitales generales, afectando así el derecho de las personas con enfermedades mentales graves de recibir la atención de mejor calidad que puede entregar el hospital general al integrar los cuidados de la salud mental y la salud física (ver tabla 13 más adelante e indicador 36 en el anexo).

Así por ejemplo, en el caso de la V región, donde hay dos hospitales psiquiátricos, ningún hospital general tiene camas de psiquiatría, a pesar de su extenso territorio que va de cordillera a mar. Esto obliga, en muchas ocasiones, a las personas que viven en la costa a desplazarse más de cien kilómetros para acceder a hospitalización psiquiátrica en la pre-cordillera andina.

Considerando el estándar del Plan Nacional, que el total de las hospitalizaciones de corta estadía deberían efectuarse en hospitales generales (29), se puede considerar que a nivel nacional su cumplimiento es mediano. Sin embargo, el cumplimiento es alto en los servicios de salud sin hospital psiquiátrico (21 servicios con unidad de corta estadía en hospital general, de un total de 25) y bajo en los servicios de salud con hospital psiquiátrico (1 servicio con unidad de corta estadía en hospital general, de un total de 4).

***El país debe completar el proceso iniciado con el Plan Nacional del 2000, cerrando las brechas en atención de salud mental en atención primaria, centros de salud mental comunitarios, hospitales de día, unidades de corta estadía en hospitales generales, programas de apoyo comunitario, y hogares y residencias con apoyo.***

Discriminación en la atención de personas de etnias originarias: De acuerdo a un estudio realizado el año 1999 (44) en la provincia de Cautín, el 93,5% de personas de la etnia mapuche no reciben la atención que requieren para el tratamiento de enfermedades mentales por parte del servicio público, y ninguna de las personas en estudio había recibido atención

en su forma de salud tradicional (machi). Esta brecha de atención se reduce al 77,7% en las personas no mapuche del mismo territorio. En este territorio mapuche se disponía de 57 médicos generales y 2.2 psiquiatras por 100.000 habitantes en el año del estudio, en contraste con las tasas nacionales de 151 y

**Tabla 13. Hospitales psiquiátricos y su influencia sobre los servicios de psiquiatría de hospitales generales (tabla de construcción propia basada en información de WHO-AIMS)**

- 3 de los 4 servicios de salud que tienen hospital psiquiátrico no tienen servicios de psiquiatría de corta estadía en sus hospitales generales
- 1 servicio de salud vecino a hospital psiquiátrico no tiene servicio de psiquiatría de corta estadía en hospital general
- 4 servicios de salud vecinos a hospital psiquiátrico están entre las tasas más bajas de camas de servicios de psiquiatría de corta estadía en sus hospitales generales
- Existen 23 servicios de corta estadía en hospitales generales en Chile (descentralizados en 22 servicios de salud)

17,4 por 100.000, respectivamente (44). Esto refleja una importante discriminación, en la cual inciden carencias de servicios en territorios rurales y falta de enfoque intercultural en la oferta de éstos, todo ello reflejo de las deudas pendientes de la sociedad chilena con sus pueblos originarios. Si consideramos

que la atención de salud mental debiera entregarse sin ningún tipo de discriminación, los estándares exigibles para la atención de personas de etnia mapuche deberían ser los mismos que los de la población general, incluyendo además aspectos interculturales.

**Tabla 14. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la salud en Chile**

Estándares evaluados para personas con discapacidad mental	Nivel de Logro para Chile
30) Gasto promedio de 5,1% del presupuesto de salud destinado a salud mental en países de ingresos altos	Bajo
31) 12 % de la población de países de ingresos altos recibe tratamiento por alguna enfermedad mental en un año	Mediano (FONASA)
32) 12 % de la población de países de ingresos altos recibe tratamiento por alguna enfermedad mental en un año	Alto (ISAPRE)
33) 100 % de personas con 1er episodio esquizofrenia reciben psicoeducación	Mediano
34) Tasa promedio mundial de 21,3% de abandono de tratamientos psiquiátricos	Bajo
35) Ausencia de discriminación territorial en la atención de salud mental	Bajo
36) Todas las hospitalizaciones de psiquiatría de corta estadía deberían realizarse en hospitales generales	Mediano
37) Un centro de salud mental comunitario por cada 40.000 beneficiarios de FONASA	Bajo
38) Todos los usuarios de servicios de salud mental tienen acceso a programas psicosociales de su elección	Mediano
39) El dispositivo ayuda a contactar al usuario con familiares y amigos de acuerdo con los deseos del usuario	Mediano
40) El dispositivo dispone de medicación psicotrópica adecuada	Alto
41) Tasa de 1.457,5 hrs/sem de profesionales y técnicos por 100.000 beneficiarios de FONASA para tratamiento de SM ambulatorio especializado	Bajo

## Conclusiones

- Pese a los importantes avances logrados con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, Chile no ha logrado instalar de modo suficiente un modelo de atención de salud mental respetuoso de los derechos y que sustituya definitivamente al modelo manicomial, de acuerdo a los compromisos asumidos como país a partir de la Conferencia de Caracas y reforzados con la ratificación de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU. Ello se refleja en las insuficiencias presupuestarias, persistencia de instituciones psiquiátricas que inhiben el desarrollo de la red de dispositivos de salud mental comunitaria y los servicios en hospitales generales, brechas de recursos humanos de acuerdo al tamaño de las poblaciones a las cuales sirven los equipos comunitarios, insuficiencias de cobertura y calidad de atención y serias inequidades en el acceso de acuerdo a variables territoriales, socioeconómicas y étnicas.
- Las insuficiencias señaladas afectan directamente y de modo más especial a los derechos humanos de las personas con enfermedades mentales graves y en particular a aquellas con discapacidad mental, reflejado en la vulneración de su derecho a la salud al no recibir una atención cercana a su lugar de vida (incluida las zonas rurales), asequible y de la misma calidad que a las personas con enfermedades físicas, con detección e intervenciones tempranas que prevengan y reduzcan al máximo la discapacidad y que favorezca la inclusión social.
- El país debe completar el proceso iniciado con el Plan Nacional del 2000, cerrando las brechas en atención de salud mental en atención primaria, centros de salud mental comunitarios, hospitales de día, unidades de corta estadía en hospitales generales, programas de apoyo comunitario, y hogares y residencias con apoyo. Para ello, el sistema público debe cumplir con las estimaciones de necesidades presupuestarias del Plan Nacional del 2000 (al menos el 5% del presupuesto de salud para salud mental), reconvertir recursos de hospitales psiquiátricos en el desarrollo de dispositivos comunitarios y generar un proceso de formación de profesionales y técnicos con las habilidades necesarias para la atención de salud mental comunitaria.
- Los nuevos avances en salud mental comunitaria deberían poner especial énfasis en procesos de mejora continua de calidad y respeto de derechos humanos de acuerdo a los estándares que ha definido la OMS, así como en la equidad en la atención, permitiendo que personas con enfermedad y/o discapacidad mental en cualquier lugar del territorio nacional, de cualquiera etnia y de cualquier nivel socioeconómico tengan las mismas posibilidades de ejercer su derecho a la salud.

## 9. Derecho de las personas con discapacidad mental a la habilitación y rehabilitación (Artículo 26 de la CDPD)

De acuerdo a los principios generales de la CDPD, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad y el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas dan cuenta del compromiso por parte de los Estados de desarrollar servicios y programas de rehabilitación psicosocial para las personas con discapacidad mental.

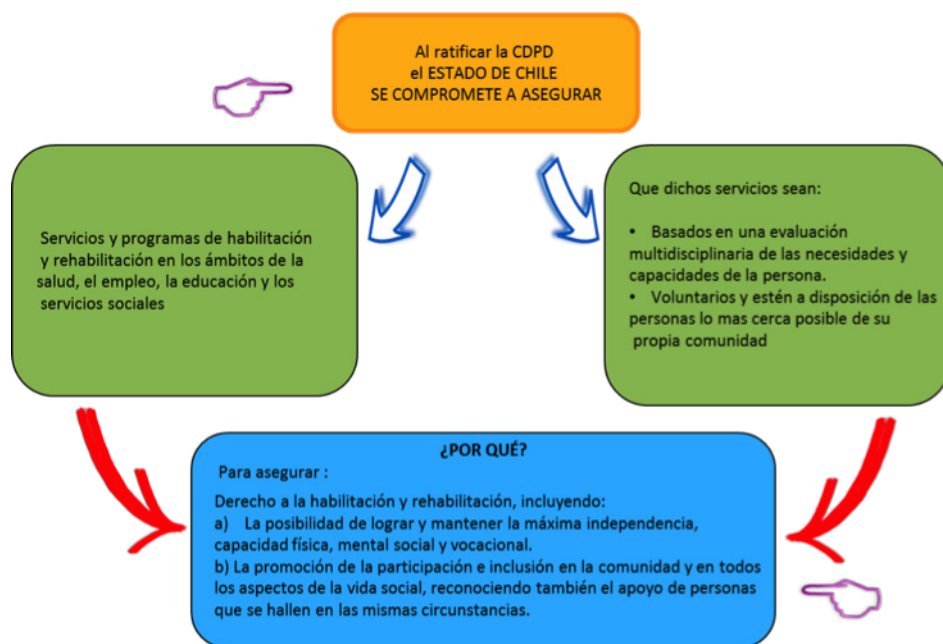
En Chile, las políticas públicas en salud mental se han venido desarrollando en los últimos años desde un enfoque comunitario, considerado el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos desde el punto de vista ético como terapéutico (45). De acuerdo a estos principios, se ha reconocido la importancia de desarrollar programas de rehabilitación psicosocial que complementen la mirada del modelo médico en el campo de la discapacidad mental y estén orientados a contribuir al bienestar de los usuarios en su entorno familiar y comunitario, además de potenciar su nivel de inclusión social y su calidad de vida. Así lo ha definido el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (29) al señalar que la salud mental no depende sólo “de factores biológicos inherentes a las personas o grupos, sino también de las condiciones en que ellos viven” y que “es posible mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales ya que su deterioro no depende de la enfermedad sino también de las condiciones y comportamiento de la familia y la comunidad en que vive”.

Del mismo modo, la inserción del enfoque comunitario y programas de rehabilitación psicosocial en el campo de la salud pública ha implicado

cambios institucionales en la administración de los servicios sanitarios. Al respecto, en una investigación del 2008 (46) orientada a conocer las perspectivas de distintos profesionales respecto a la importancia atribuida a diversos criterios orientadores de la atención de salud mental en contextos de salud pública, se estableció que para un 77,7% era muy importante la participación de las familias y/o de agentes comunitarios en los tratamientos; respecto a las ventajas de un enfoque comunitario en salud mental, se reconoció la relevancia del fortalecimiento de las redes sociales, como la posibilidad de compartir experiencias entre los beneficiarios y el mejoramiento de las relaciones familiares, así como la promoción y la prevención, activando recursos personales y comunitarios, el autocuidado y el desarrollo de factores protectores.

Si bien el modelo comunitario en salud mental es valorado por los profesionales en sus principios y orientaciones, a su vez se reconocen limitaciones institucionales importantes, como son la falta

Figura 25. Artículo 26 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho a la habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad mental



de recursos, obstáculos para el desarrollo de un trabajo interdisciplinario y horizontalidad en los equipos de trabajo, así como déficits en la comunidad misma como la desarticulación de las redes sociales, reducida participación comunitaria y baja motivación de los usuarios (ver capítulo 12 del presente documento). Esta realidad, plantea también serias limitaciones para dar cumplimiento a los objetivos definidos en el Consenso de Brasilia (47) orientados a fortalecer a familiares y usuarios para que participen en el proceso de formulación, aplicación, gestión y evaluación de las políticas públicas de salud mental.

Otro elemento importante son las posibles inconsistencias entre la promoción de una política de intervención comunitaria y las formas en que se evalúan los resultados en salud (46). En este sentido, se ha planteado que los objetivos de los programas y servicios orientados a las personas con discapacidad mental no deben estar centrados principalmente en indicadores como la mejoría de síntomas o la prevención de hospitalización, sino que deben considerar objetivos de rehabilitación psicosocial como son la capacidad de vivir de forma independiente y perseguir objetivos ocupacionales,

así como mejorar el nivel de participación comunitaria, inclusión social y calidad de vida de los usuarios. De esta manera, el desafío para un modelo de salud mental comunitaria, implica hacer compatible una orientación clínica individual con una estrategia de prevención y cambio social, bajo los principios de la salud pública que implican una validación de estrategias de intervención de acuerdo a criterios de costo-eficacia que oriente la distribución de los recursos limitados, junto a la definición de estándares que permitan evaluar los resultados de las intervenciones considerando la importancia de la calidad de atención y no solo el acceso a los servicios de salud mental.

### Indicadores del nivel de logro del derecho a la habilitación y rehabilitación en Chile:

De acuerdo a los principios de la salud mental comunitaria, el actual plan de tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia se basa en un modelo integral que incluye intervenciones psicosociales, farmacoterapia y servicios de apoyo. No obstante, si bien estos principios se encuentran en las guías clínicas y orientaciones técnicas para el tratamiento y rehabilitación de la esquizofrenia,

**Tabla 15. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “participación de los usuarios en sus planes de recuperación en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos (15)**

Nivel de cumplimiento del estándar	Nº de Centros	% de Centros
Total	0	0
Parcial	7	46,7
Mínimo	6	40,0
Nulo	2	13,3

Estándar OMS QualityRights: Los planes de “recuperación” reflejan las opciones y preferencias de los usuarios y son actualizados periódicamente por el usuario y un miembro del personal.

Puntaje promedio nacional = 2,33 (cumplimiento mínimo)



cabe destacar que en un estudio de Alvarado (31) solamente un 7,6% de las personas con diagnóstico de esquizofrenia tenía un plan individual integral en el país. De esta forma, en relación al estándar que define la “Guía clínica para el tratamiento de personas desde el primer episodio de esquizofrenia” (41) de generar un plan de tratamiento integral y personalizado que se elabora en consenso con el usuario y la familia para todos los casos (100%), se observa una brecha de un 93% en la aplicación de este plan, lo que implica un nivel de logro bajo (ver indicador 42 en el anexo). Del mismo modo, de acuerdo a Minoletti (15), el porcentaje de dispositivos donde los usuarios co-participan en sus planes de recuperación es mediano (ver indicador 43 en el anexo). Como se puede ver en la tabla 15, ninguno de los dispositivos cumple con el estándar en forma total y 46,7% de ellos lo hace en forma parcial.

Otro elemento a considerar es la cobertura de los dispositivos de rehabilitación psicosocial. La cifra global para el país encontrada por Alvarado (31) es de 146.049 habitantes mayores de 15 años por cada unidad de rehabilitación psicosocial, pero de acuerdo al estándar de la norma de centros de salud mental comunitarios de Minsal (39) debería ser una población de 40.000 personas por cada centro

con programa de rehabilitación psicosocial, por lo que se constata una brecha de cobertura de casi dos tercios de la demanda, correspondiendo a un nivel de cumplimiento bajo (ver indicador 44 en el anexo). A su vez, en relación al número de horas semanales de recursos humanos para rehabilitación de personas con trastorno mental severo, en un estudio de Saldivia se encontró que para cada paciente se dispone de 4,7 horas semanales de atención por parte del personal del programa, lo que no alcanza a ser una hora al día (48).

Por otra parte, los programas de rehabilitación psicosocial han presentado dificultades para dar cabida a las necesidades de los usuarios en el mundo del trabajo, destacándose como una problemática principal la inserción y adaptación laboral para las personas con discapacidad mental (49) (ver capítulo 10). Sin

***Los programas de rehabilitación psicosocial han presentado dificultades para dar cabida a las necesidades de los usuarios en el mundo del trabajo, destacándose como una problemática principal la inserción y adaptación laboral para las personas con discapacidad mental.***

embargo, respecto al apoyo de los dispositivos de salud mental a los usuarios en el acceso al empleo, el estudio Calidad y Derechos (15) encontró en Chile que ninguno de los dispositivos cumplía con el estándar en forma total y solo 13,3% de ellos lo hace en forma parcial (ver indicador 45 en el anexo), como se puede ver en la tabla 16.

**Tabla 16. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “apoyo a usuarios en el acceso a empleo en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos (15)**

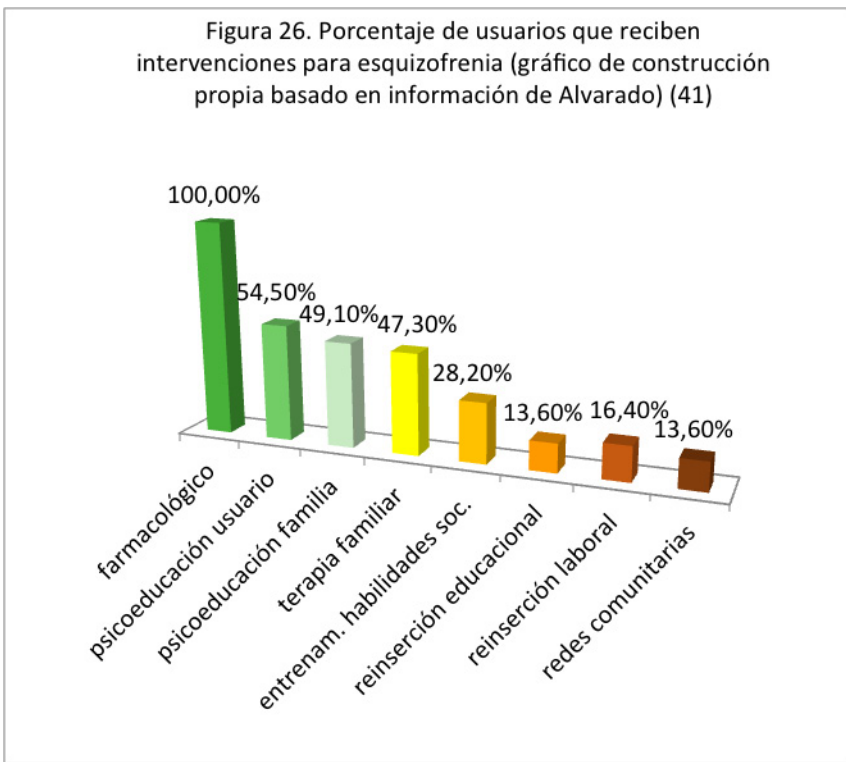
Nivel de cumplimiento del estándar	Nº de Centros	% de Centros
Total	0	0
Parcial	2	13,3
Mínimo	9	60,0
Nulo	4	26,7

Estándar OMS QualityRights: El personal apoya a los usuarios en el desarrollo de carreras laborales y en el acceso a empleo remunerado

Puntaje promedio nacional = 1,90 (cumplimiento bajo)

Otro aspecto relevante a considerar, tiene relación con el porcentaje de personas con primer episodio de esquizofrenia que reciben intervenciones orientadas a la rehabilitación psicosocial. De acuerdo a la investigación de Alvarado (42), todas las personas con primer episodio de esquizofrenia recibieron tratamiento farmacológico (100%), sin embargo, el uso de intervenciones psicosociales es menor a lo esperado para este tipo de usuarios (ver indicadores 46 y 47 en el anexo). Al respecto, las intervenciones psicosociales que se realizaron con más frecuencia son la psicoeducación al paciente (54,5%) y a la familia (49,1%), así como la intervención familiar de tipo terapéutica (47,3%), por último, las intervenciones más específicas y especializadas, como el entrenamiento en habilidades sociales y las orientadas a la reinserción educacional, laboral o en redes comunitarias, se realizan con muy baja frecuencia (28,2%, 13,6%, 16,4% y 13,6% respectivamente). En la figura 26 se puede observar las

diferencias de cobertura en las intervenciones farmacológicas, psicosociales centradas en el paciente y su familia y las estrategias de rehabilitación psicosocial orientadas a la inclusión



social de las personas con primer episodio de esquizofrenia.

El discurso de la política pública en salud mental de los últimos años en Chile ha planteado la importancia de desarrollar un modelo de atención integral, que promueva el desarrollo de redes psicosociales de base comunitaria y que aborde los problemas psicosociales y ambientales que son los que interfieren con mayor frecuencia en la evolución de las personas con diagnóstico de esquizofrenia y sobre los cuales los fármacos antipsicóticos tienen un efecto limitado o nulo (50). Sin embargo, se puede observar en la figura 26 que las tres intervenciones en este plano se aplican a un porcentaje muy reducido de usuarios.

A su vez, respecto a los objetivos últimos de la rehabilitación psicosocial para las personas con diagnóstico de esquizofrenia que son un retorno completo al bienestar y un lugar productivo en la sociedad, algunas investigaciones críticas en salud mental, han planteado la necesidad de re-evaluar el uso de antipsicóticos como primera línea de acción en el abordaje de la esquizofrenia y como principal forma de tratamiento a largo plazo, en la medida que han mostrado que los resultados más positivos a largo plazo en términos de menor índice de recaídas, mayor bienestar global, mejor calidad de vida y mayores índices de recuperación, se han presentado en personas con diagnóstico de esquizofrenia que tomaron dosis relativamente pequeñas de neurolépticos o bien dejaron de tomarlos (51, 52).

En resumen, los indicadores revisados anteriormente expresan no sólo la brecha que existe en horas de atención y número de profesionales en rehabilitación psicosocial sino además las importantes restricciones que existen por parte de los equipos de salud mental para desarrollar un modelo de atención integral con énfasis comunitario en los programas orientados a la rehabilitación psicosocial.

***Los indicadores revisados anteriormente expresan no sólo la brecha que existe en horas de atención y número de profesionales en rehabilitación psicosocial sino además las importantes restricciones que existen por parte de los equipos de salud mental para desarrollar un modelo de atención integral con énfasis comunitario en los programas orientados a la rehabilitación psicosocial.***

Estas limitaciones muestran que a pesar de los esfuerzos desplegados por el Estado en las políticas públicas en salud mental desde una perspectiva biopsicosocial, sigue vigente la problemática asociada al nivel de implementación del modelo comunitario, tal como se señala en el capítulo 6, donde se estimó que el nivel de avance de este modelo a nivel país al año 2009 era solamente de un tercio de los estándares fijados por un grupo de expertos nacionales (31).

A su vez, otra deuda importante tiene relación a la relevancia concedida al trabajo intersectorial en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (29), en la medida que suponía mejorar la efectividad de las intervenciones en salud mental y el resguardo de los derechos de las personas con discapacidad mental en diversos campos sociales, siendo uno de los ámbitos en que se puede constatar un bajo nivel de desarrollo (19).

**Tabla 17. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la habilitación y rehabilitación en Chile.**

Estándares evaluados para personas con discapacidad mental	Nivel de Logro
42) 100% de personas con esquizofrenia que están en control tienen un plan individual integral de tratamiento	Bajo
43) En el 100 % de los dispositivos de salud mental los usuarios participan en la elaboración y evaluación de sus planes de tratamiento	Mediano
44) 40,000 beneficiarios de FONASA por cada centro con programa de rehabilitación	Bajo
45) En el 100 % de los dispositivos de salud mental se apoya a los usuarios en el desarrollo de carreras laborales y en el acceso a empleo remunerado	Bajo
46) 100% de las personas con primer episodio de esquizofrenia reciben entrenamiento en habilidades sociales	Bajo
47) 100% de las personas con primer episodio de esquizofrenia reciben intervenciones para inclusión educacional o laboral	Bajo

## Conclusiones

- Las políticas públicas en salud mental comunitaria deben orientarse a responder a las necesidades de los usuarios y a promover sus niveles de bienestar e inclusión social desde la perspectiva de la rehabilitación psicosocial.
- Es necesario problematizar la distribución de los recursos y centralidad de prestaciones de orientación médica en desmedro de intervenciones psicosociales y comunitarias en la política pública de salud mental, teniendo como eje la calidad de la atención y no sólo el acceso a los servicios, así como el cumplimiento de los estándares definidos por los planes y programas desde un punto de vista integral, comunitario e intersectorial.
- Es urgente para el país disponer de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental, considerando un modelo de atención en salud mental integral que construya puentes y redes hacia otros ministerios de gobierno así como organizaciones de la sociedad civil, que ponga énfasis en el desarrollo social de las personas con discapacidad mental y reconozca la centralidad de la participación ciudadana en el proceso de formulación, aplicación, gestión y evaluación de las políticas públicas de salud mental.

# 10. Derecho de las personas con discapacidad mental al trabajo y empleo (artículo 27 de la CDPD)

Los planteamientos de la CDPD sobre el derecho al trabajo y el empleo (ver figura 27) se ven muy lejanos de la realidad actual de las personas con discapacidad mental en Chile, aunque este derecho representa una de las necesidades más sentidas por las personas con esta situación en nuestro país.

Si bien el Estado ha implementado una serie de medidas que favorecen el acceso de personas con discapacidad a trabajos remunerados, tales como intermediación laboral, franquicias tributarias para capacitación y servicios sociales pro-empleo, estas tienen aún una baja cobertura en la población con discapacidad y benefician en una proporción menor a las personas con discapacidad mental.

En el mercado laboral en nuestro país, las ofertas de empleo incluyen habitualmente en el proceso de selección de personal procedimientos tales como evaluaciones psicotécnicas, entrevistas y revisión de antecedentes previos, que elimina a los candidatos del concurso cuando se sospecha la presencia de algún trastorno o discapacidad mental.

Aunque esta causal de rechazo a la contratación no es explicitado en las bases del proceso de selección ni en las razones que se dan a los postulantes para no ser contratados, es un hecho ampliamente reconocido por las personas que han tenido tratamientos de salud mental, las cuáles generalmente ocultan la presencia de estos trastornos y discapacidad

en las entrevistas de selección.

De manera similar, muchos trabajadores temen que los empleadores los despidan si descubren que la causa de un reposo médico es por un trastorno mental; temor que es avalado por numerosos casos de despidos después del reintegro al trabajo (en los cuales, al igual que en el rechazo al contrato de personas con trastorno mental, no se invoca este trastorno como causal sino que se aducen supuestas razones laborales).

Todas estas barreras que dificultan el acceso y permanencia de personas con discapacidad mental en los empleos están en abierta contradicción con lo que establece la CDPD sobre el derecho de estas personas a trabajar en igualdad de condiciones con las demás y representan un enorme desafío para que Chile cumpla su compromiso con las Naciones Unidas referente a la CDPD (ver figura 27).

Figura 27. Artículo 27 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho al trabajo y empleo de las personas con discapacidad mental



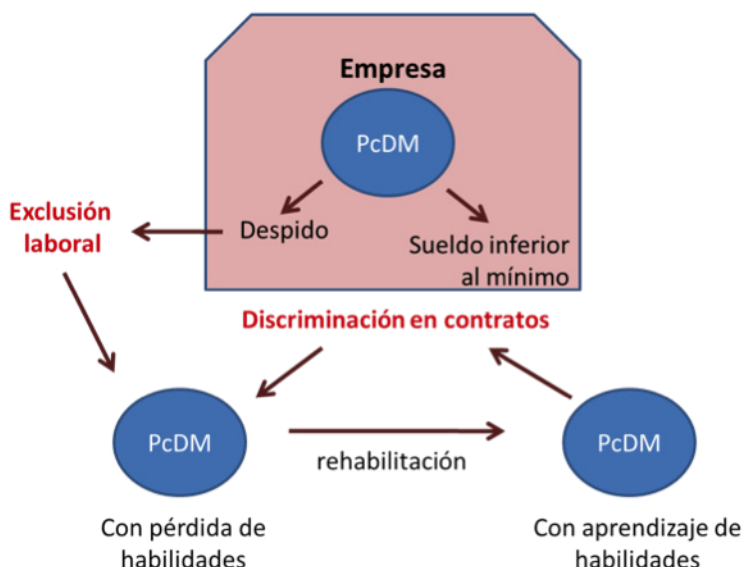
## Indicadores del nivel de logro del derecho al trabajo y empleo en Chile:

No existiendo en Chile disposiciones legales que obliguen o al menos incentiven a los empleadores del sector público y privado a contratar personas con discapacidad mental (53) es muy difícil que se pueda implementar en la práctica lo dispuesto por la CDPD de prohibir la discriminación por motivos de discapacidad en el proceso de selección y contratación de estas personas, así como en la continuidad de su empleo (ver indicador 48 en el anexo). La Ley 20.609 (54) que establece medidas contra la discriminación, vigente desde julio del 2012, incluye explícitamente a la enfermedad y a la discapacidad, y por tanto a la enfermedad mental y a la discapacidad mental, entre las condiciones que se debe proteger de cualquier forma de discriminación. Sin embargo, se considera improbable que la Ley 20.609 pueda ayudar a las personas con discapacidad mental a no ser discriminadas en el acceso y mantención de un trabajo, considerando la forma encubierta que opera esta discriminación en las empresas. En la figura 28 se resumen los principales componentes de la discriminación y exclusión laboral en Chile.

Otra forma de discriminación laboral que ocurre en nuestro país es el hecho que los empleadores no tienen la obligación de pagarle el sueldo mínimo a las personas con discapacidad mental, aunque ellas ejecuten el mismo trabajo, de la misma calidad y de la misma duración que los trabajadores sin discapacidad mental (6). El Congreso chileno ratificó la CDPD el 2008, la cual establece que los Estados Partes salvaguardarán y

promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluida la promulgación de legislación sobre igualdad de remuneración por trabajo de igual valor (entre otras medidas). No obstante lo anterior, después de casi 6 años no se ha modificado la ley 18.600 que establece Normas sobre Deficientes

Figura 28. Modelo chileno de discriminación y exclusión laboral de personas con discapacidad mental (PcDM)



Mentales (5), en la que se señala que la remuneración para las personas con discapacidad mental no se regirá por las normas que establecen el ingreso mínimo (ver tabla 18 e indicador 49 en el anexo). Otras contradicciones de la ley 18.600 con la CDPD fueron mencionadas en el capítulo 3.

***No existiendo en Chile disposiciones legales que obliguen o al menos incentiven a los empleadores del sector público y privado a contratar personas con discapacidad mental (53) es muy difícil que se pueda implementar en la práctica lo dispuesto por la CDPD de prohibir la discriminación por motivos de discapacidad en el proceso de selección y contratación de estas personas, así como en la continuidad de su empleo. No se ha modificado la ley 18.600 que establece Normas sobre Deficientes Mentales (5), en la que se señala que la remuneración para las personas con discapacidad mental no se regirá por las normas que establecen el ingreso mínimo.***

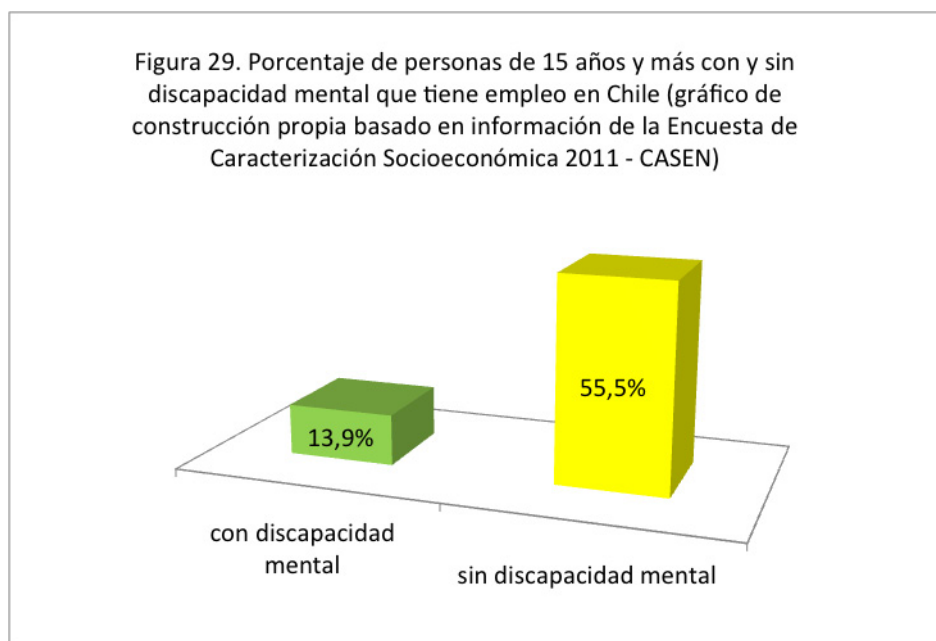
**Tabla 18. Contradicción entre la ley 18.600 de Chile y la Convención de ONU referente a la remuneración que deben recibir las personas con discapacidad mental por su trabajo**

<i>Ley 18.600 que establece Normas sobre Deficientes Mentales (aprobada por la Dictadura Militar el 30-01-1987)</i>	Decreto 201 que promulga la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (aprobado por el Congreso Nacional el 25-08-2008)
“Artículo 16.- En el contrato de trabajo que celebre la persona con discapacidad mental, podrá estipularse una remuneración libremente convenida entre las partes, no aplicándose a este respecto las normas sobre ingreso mínimo”	“Artículo 27.- Los Estados Partes Reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones con las demás ... igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor”

Las dificultades que encuentran las personas con discapacidad mental para acceder y mantener un trabajo se refleja en el bajo porcentaje de ellas (13,9%) que tenían alguna ocupación en la encuesta CASEN del año 2011 (3) (ver indicador 50 en el anexo). Es necesario destacar que la definición de esta encuesta para ocupación es haber trabajado a lo menos una hora la semana anterior, incluyendo desde personas con un empleo y sueldo regular (aunque sea a tiempo parcial) hasta aprendices o personas realizando una práctica y personas trabajando en forma independiente (incluso personas que trabajan para que la familia reciba beneficios o ganancias pero que no reciben una remuneración personal). A pesar de esta definición tan amplia, que incluye diversas situaciones de subempleo y bajos ingresos, solamente el 13,9% de las personas con discapacidad mental de 15 años y

más se encontraban empleadas, en contraste con el 55,5% de las personas sin discapacidad del mismo grupo de edades (ver figura 29).

En contraste a lo que ocurre en Chile, un estudio de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE (55) mostró que en varios países desarrollados, pertenecientes a la OCDE el porcentaje de personas con trastornos mentales que tienen un empleo es cercano al porcentaje de personas sin trastorno que tienen empleo. En el país que hubo una menor diferencia fue Suiza, con tasas de empleo de 72,5% para personas con trastorno mental y de 80,82% para los demás, y el país con mayor diferencia fue Noruega con 66,5% y 84,3% respectivamente.



**Tabla 19. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental al trabajo y empleo**

<b>Estándares evaluados para personas con discapacidad mental</b>	<b>Nivel de Logro</b>
48. No discriminación por discapacidad en la selección y contratación.	Ausente
49. Igualdad de remuneración entre personas con y sin discapacidad mental	Ausente
50. Porcentaje similar de empleo entre personas con y sin discapacidad mental	Bajo

## Conclusiones

- Las personas con discapacidad mental en Chile han expresado en forma reiterada su derecho al trabajo.
- La CDPD de la ONU compromete al Estado de Chile a implementar políticas y legislación que favorezcan que las personas con discapacidad mental trabajen en los sectores público y privado, así como en cooperativas y empresas propias.
- A pesar de lo anterior, un porcentaje bajo de personas con discapacidad mental tiene un empleo en nuestro país, debido a discriminación en los procesos de selección y contratación y a la práctica habitual de despido de las personas que tengan algún problema mental.
- Chile tiene que cumplir con la CDPD generando mecanismos efectivos de:
  - Apoyo técnico para la búsqueda, obtención y mantenimiento de empleos
  - Incentivos para que empresas públicas y privadas contraten personas con discapacidad mental (ej. fondos asociados a estos contratos, exenciones tributarias, sistemas de acreditación y reconocimiento público, etc.)
  - Acciones afirmativas (ej. exigencia de contratar un cierto porcentaje de personas con discapacidad mental, etc.)
  - Desarrollo de empresas propias y cooperativas (ej. empresas sociales)
- La legislación chilena permite discriminar a las personas con discapacidad mental, pagándoles un salario inferior al mínimo existente para el resto de la población.
- Chile tiene que cumplir con la CDPD aboliendo la disposición de la ley 18.600 que permite contratar personas con discapacidad mental con una remuneración menor al sueldo mínimo.



## 11. Derecho de las personas con discapacidad mental a un nivel de vida adecuado y protección social (artículo 28 de la CDPD)

Los estudios epidemiológicos realizados en Chile han demostrado que la enfermedad mental tiene una mayor prevalencia en la población de menor nivel socio-económico (56) y lo mismo ocurre con la discapacidad mental (tanto psíquica como intelectual), tal como se describió en el capítulo 2. Esto significa que muchas personas con discapacidad mental, además de tener que enfrentar las barreras que le impone nuestra sociedad para su realización personal e inclusión social, deben enfrentar las privaciones y limitaciones que significa vivir en situación de pobreza.

***Es importante tener presente que las personas con discapacidades mentales y sus familias frecuentemente tienen niveles bajos de ingreso y se encuentran en situación de pobreza.***

Al mismo tiempo, las familias de menores ingresos económicos, al tener un miembro con discapacidad mental, sobrecargan aún más su presupuesto precario por los gastos adicionales directos que puede implicar la condición de este familiar (ej. movilización para asistir a los centros de salud, medicamentos, etc.), por el tiempo que puede ocupar su cuidado y apoyo a otros miembros de la familia, en desmedro de actividades que generen ingresos, y por los trastornos emocionales que frecuentemente

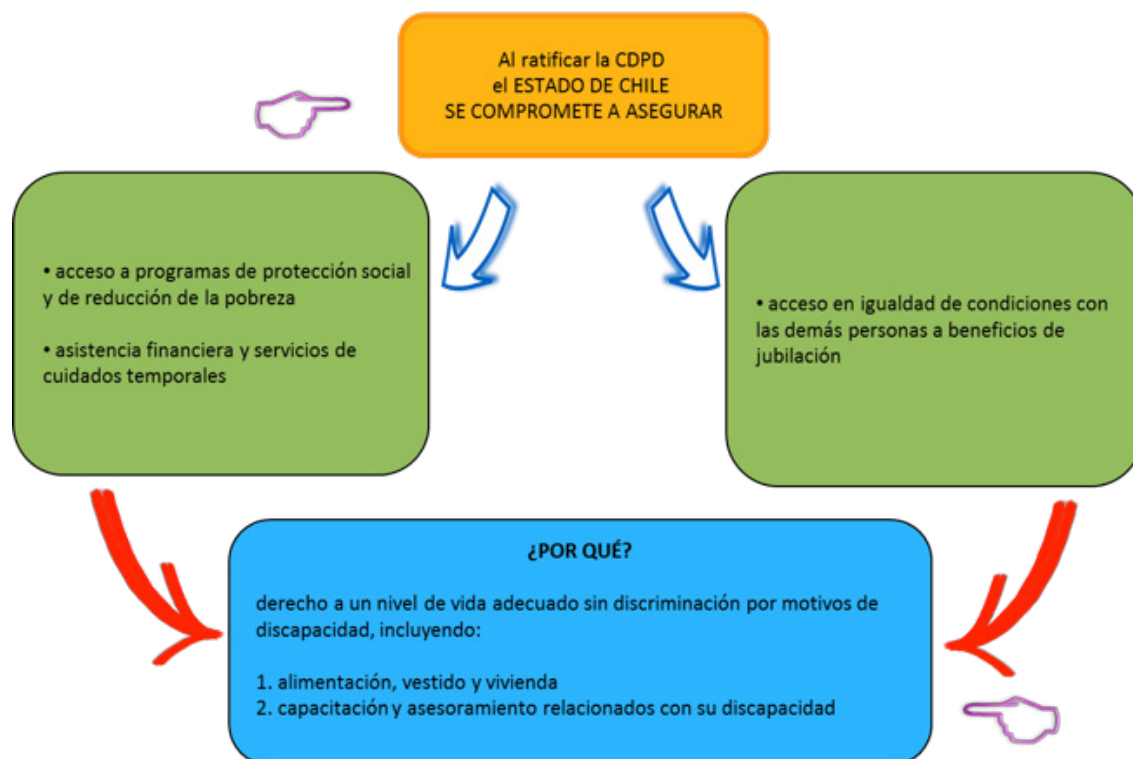
afectan a las personas que cumplen el rol de cuidadores cuando no disponen de suficiente apoyo social y/o profesional.

La falta de apoyo económico y social puede favorecer que algunas personas con discapacidad mental dejen de satisfacer algunas de sus necesidades básicas de vida. La falta de dinero puede llevar a ausencias o abandono de programas de rehabilitación psicosocial o de capacitación laboral. Los recursos insuficientes pueden deteriorar la alimentación, vestimenta y hábitos de higiene, lo cual a su vez genera más discapacidad y exclusión social a través de procesos de baja autoestima y discriminación social. Bajo ciertas condiciones, la pobreza personal y/o familiar puede contribuir también a deteriorar las opciones de vivienda y en casos extremos llevar a la persona con discapacidad mental a una situación de calle.

***Se requiere mejorar el sistema de reposo médico y su protección financiera, y es necesario implementar mecanismos de protección de las personas con enfermedad y/o discapacidad mental contra despidos y otras formas de discriminación laboral.***

Así vemos cómo se va retroalimentando un círculo vicioso en el que la pobreza lleva a discapacidad y esta última profundiza la pobreza.

Figura 30. Artículo 28 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho a un nivel de vida adecuado y protección social de las personas con discapacidad mental



### Indicadores del nivel de logro del derecho a un nivel de vida adecuado y protección social en Chile:

Considerando el mayor riesgo que significa la pobreza en las personas con discapacidad y el efecto altamente negativo de ella en la discapacidad, la CDPD estipula varias medidas que pueden tomar los países para la protección social de estas personas, tal como se señala en la figura 30. En este sentido, una de las medidas que tomó Chile hace años fue la legislación que permite a las personas con una discapacidad temporal asociada a cualquier enfermedad (incluidas las enfermedades o trastornos mentales) recibir una licencia médica, la cual es pagada por FONASA o ISAPRES en el 100% de la base imponible del salario (salvo si la duración de la licencia es inferior a 11 días, en cuyo caso se descuentan 3 días). De esta manera, las personas con enfermedades mentales se encontrarían protegidas de las eventualidades en que pudieran presentar períodos de discapacidad (57).

Sin embargo, en la realidad existen muchas barreras para que este derecho sea efectivamente respetado y muchas veces las personas con trastornos mentales quedan sin protección financiera durante períodos con discapacidad, aumentando su sufrimiento personal y el de sus familias. Una de las barreras más frecuentes es el rechazo del pago de las licencias médicas por enfermedad mental (ver indicador 51 en el anexo), el cual ocurre en el 46% de las licencias en las personas afiliadas a ISAPRES y en el 29% de las personas beneficiarias de FONASA, de acuerdo a un informe de derechos humanos de la Universidad Diego Portales (58). Si bien las personas tiene varias instancias de apelación para estos rechazos de licencias, habitualmente terminan con pagos retrasados por uno o más meses y/o con días o semanas no pagadas, con la consiguiente situación estresante de deterioro de su presupuesto familiar, el cual es proporcionalmente mayor en las familias con menores ingresos (ver tabla 20 para mayores detalles).

**Tabla 20. Barreras para el derecho a recibir pago por los días de licencia médica por enfermedad mental.**

Barreras	Consecuencias
1. El estigma hacia la enfermedad mental hace que muchas personas la oculten en su trabajo y renuncien a la licencia médica por temor a dañar su carrera laboral o a ser despedido	La disminución del rendimiento laboral por la enfermedad mental puede dañar su carrera laboral y eventualmente llevar a un despido
2. Retraso del pago de la licencia médica provocado por rechazo inicial de pago por parte de la ISAPRE o FONASA y apelación exitosa del afectado(a) (la mayoría de las personas ganan esta apelación)	Mayor ganancia para ISAPRES (intereses ganados por los dineros pagados con retraso a sus afiliados), mayor “eficiencia financiera” para FONASA y mayor estrés y eventual deterioro de la enfermedad mental para la persona afectada (por los trámites de apelación y el deterioro del presupuesto familiar)
3. Rechazo total o parcial del pago de la licencia médica por enfermedad mental por parte de la ISAPRE o FONASA	Mayor ganancia para ISAPRES, mayor “eficiencia financiera” para FONASA y mayor estrés y eventual deterioro de la enfermedad mental para la persona afectada
4. Regreso prematuro al trabajo, cuando aún persisten un nivel importante de discapacidad (provocado por retraso o suspensión de pago por parte de la ISAPRE o FONASA)	La disminución del rendimiento laboral debido a la insuficiente recuperación puede dañar la carrera laboral y eventualmente llevar a un despido
5. Despido del trabajo después de licencia prologada por enfermedad mental (no existe legislación que proteja contra esta medida)	Mayor estrés, deterioro del presupuesto familiar, con eventual deterioro de la enfermedad mental y aumento de barreras para conseguir trabajo (alto riesgo de discapacidad de larga duración)

Un avance significativo del Estado de Chile para asegurar el derecho a un nivel de vida adecuado en personas con discapacidad (incluyendo a las personas con discapacidad mental) fue la promulgación de la Ley 20.255 de Reforma Previsional en el año 2008 (59), la cual estableció entre otras medidas la Pensión Básica Solidaria de Invalidez (PBSI) para las personas con discapacidades (ver indicador 52). Aunque el sistema previo de Pensiones Asistenciales de Invalidez (PASIS) también era una ayuda para las personas con discapacidad que no tenían derecho a una pensión en un régimen previsional, la PBSI tiene varias ventajas sobre ella:

- Otorga un monto mayor de dinero (\$82.058 en el año 2013).
- Tiene un reajuste anual automático del 100% de la variación del IPC (reajuste antes de 12 meses en caso de alza del IPC sobre 10%).
- Paso automático a los 65 años a Pensión Básica Solidaria de Vejez (de igual monto).

- Permite mantenerla 100% si se recibe un ingreso laboral hasta 1 ingreso mínimo mensual o parcialmente con ingresos entre 1 y 2 ingresos mínimos mensuales.
- Se mantiene 100% los 2 primeros años y 50% el tercer año en que la persona perciba 2 o más ingresos mínimos mensuales.
- Permite recuperarla si el ingreso cae debajo de 1 o 2 ingresos mínimos mensuales.

A pesar de la importancia que puede tener la Ley 20.255 para apoyar el ejercicio del derecho a un nivel de vida adecuado en personas con discapacidad mental, el Instituto de Previsión Social (IPS), órgano del Estado responsable del otorgamiento de la PBSI desconoce el número de personas con discapacidad mental que la reciben, ya que solo registra el número total de PBSI sin diferenciar por tipo de discapacidad (19) (ver indicador 53 en el anexo). Si no se registra y monitorea al menos el número de personas con discapacidad mental

que reciben la PBSI será imposible implementar adecuadamente la Ley 20.255. Toda política y legislación requiere de la medición periódica de indicadores que den cuenta de la cobertura lograda con su implementación, calidad de los beneficios otorgados y nivel de equidad entre los distintos grupos de beneficiarios. Esta información permite tomar periódicamente las medidas de refuerzo o corrección que sean necesarias para el logro de sus objetivos.

La tabla 21 muestra que en el año 2004 se entregaron pensiones asistenciales (PASIS) a 32.565 personas con discapacidad mental, las cuales representan el 14,6% del total de personas con discapacidad que recibieron pensiones en ese año. La misma tabla muestra que el número total de personas con discapacidad que recibieron pensiones del Estado (ya sea PASIS o PBSI), disminuyó de un promedio de 222.441 el año 2004 a 205.377 (esta cifras incluyen personas con discapacidad física, sensorial y mental). Podemos suponer que dentro del total de personas con discapacidad puede haber ocurrido una disminución similar de las tasas de pensiones para las personas con discapacidad mental.

Uno de los objetivos de la política y legislación de las PBSI es mejorar la cobertura de asistencia financiera para personas con discapacidad de las familias de menores ingresos. Sin embargo, este objetivo se ha logrado solamente en forma parcial, a pesar de las buenas intenciones de la ley 20.255 de entregar un beneficio muy necesario para la mayoría de las personas con discapacidad mental. En la tabla 22 se puede observar que de acuerdo a los datos de la Encuesta CASEN del año 2011 (3), cumplirían con los requisitos para PBSI 85.027 personas con discapacidad mental, por tener entre 18 a 64 años y pertenecer al 60% de las familias con los ingresos más bajos. Este número posiblemente es una subestimación ya que en su cálculo no se consideró que las familias con los ingresos más bajos tengan una mayor frecuencia de personas con discapacidad mental. Se puede suponer que la gran mayoría de estas 85.027 personas con discapacidad mental no están recibiendo la asistencia financiera del Estado a la cual tienen derecho, ya que para todas las discapacidades se entregaron 205.377 PBSI en el 2012 y que en el año 2004, a pesar de que se entregó un número mayor de PBSI, solamente 32.565 correspondieron a personas con discapacidad mental.

**Tabla 21. N° y tasa de personas con discapacidad (PcD) y discapacidad mental (PcDM) que recibieron pensiones asistenciales el año 2004 (PASIS) y pensiones básicas solidarias el año 2012 (PBSI)**

	<b>PASIS 2004</b>	<b>PBSI 2012</b>
N° total de PcD que recibieron pensión	222.441	205.377
N° de PcDM que recibieron pensión	32.565	IPS* ignora esta información
Tasa de PcDM que recibieron pensión x 100 PcD con pensión	14,6%	IPS* ignora esta información

\* Instituto de Previsión Social (órgano del Estado responsable del otorgamiento de la PBSI)

**Tabla 22. Estimación del número de personas con discapacidad mental (PcDM) que requieren pensión básica solidaria de invalidez (PBSI) basado en datos de Encuesta CASEN 2011**

N° total de PcDM en Chile de acuerdo a Encuesta CASEN 2011	239.715
N° de PcDM que cumplen requisitos para PBSI de acuerdo a datos CASEN 2011 (tener 18 a 64 años y pertenecer al 60% de las familias con ingresos más bajos)	85.027

**Tabla 23. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a un nivel de vida adecuado y protección social**

Estándares evaluados para personas con discapacidad mental	Nivel de Logro
51) Pago de las licencias médicas a las personas con enfermedad mental que presenten discapacidad transitoria.	Mediano
52) Disponer de legislación que garantice el derecho a recibir asistencia financiera para tener un nivel de vida adecuado	Alto
53) Funcionamiento de mecanismos que aseguren el acceso a asistencia financiera a las personas con discapacidad mental	Ausente

## Conclusiones

- Es importante tener presente que las personas con discapacidades mentales y sus familias frecuentemente tienen niveles bajos de ingreso y se encuentran en situación de pobreza.
- La CDPD de la ONU compromete al Estado de Chile a implementar políticas y legislación que aseguren un nivel de vida adecuado a las personas con discapacidad mental.
- Las personas con trastornos mentales que presentan períodos con discapacidad temporal enfrentan muchas barreras para recibir pago de FONASA e ISAPRES por sus licencias médicas, lo cual contribuye a agravar su enfermedad, aumentar el riesgo para una discapacidad de mayor duración y deteriorar la situación económica personal y familiar.
- Se requiere mejorar el sistema de reposo médico y su protección financiera, y es necesario implementar mecanismos de protección de las personas con enfermedad y/o discapacidad mental contra despidos y otras formas de discriminación laboral.
- Chile tiene un alto nivel de logro en políticas y legislación que garanticen asistencia financiera a través de pensiones básica solidarias de invalidez (PBSI). Sin embargo, la implementación de ellas no dispone de un monitoreo adecuado para las personas con discapacidad mental y es altamente probable que solamente estén accediendo a las PBSI solamente alrededor de un tercio de las personas elegibles.
- Es prioritario reinstalar un sistema de registro de las PBSI que desagregue por tipo de discapacidad y que mida específicamente el número de personas con discapacidad intelectual y el número de personas con discapacidad psíquica.
- Se necesita con urgencia evaluar la aplicación de la ley 20.255 para detectar la barreras de acceso de las personas con discapacidad (y específicamente el de las con discapacidad mental) e implementar las medidas correctivas que faciliten un acceso adecuado a las PBSI.

## 12. Derecho de las personas con discapacidad mental a participar de la vida política y pública (Artículo 29 de la CDPD)

De todos los derechos revisados en este documento, quizá éste sea uno de los más difíciles de garantizar. Imaginar que las personas tenemos derecho a elegir a nuestros gobernantes y a ser elegidos, parece obvio cuando se trata de personas consideradas como ciudadanos capaces. Pero cuando se trata de personas con discapacidad intelectual o con un diagnóstico de “enfermedad mental”, se despiertan temores y prejuicios en torno a ellas y ya no se confía tanto en sus capacidades para elegir a sus gobernantes, y menos aún, la posibilidad de ser candidatos a algún cargo público.

Al respecto, cabe mencionar que en relación a la participación política y social, las personas con discapacidad mental problematizan los aspectos de inclusión social, señalando el desconocimiento, la discriminación y la baja aceptación social hacia ellas en nuestro país. Desde la perspectiva de los usuarios, la problemática principal que ellos definen como un obstáculo para participar de la vida social en condiciones de igualdad, es la baja inserción laboral de las personas con discapacidad psíquica, debido al estigma de “personas peligrosas” que han recibido por parte de los medios de comunicación (49).

De esta forma, las relaciones sociales de exclusión, marginación y segregación en torno a la figura del estigma, implican una considerable disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y lo que se denomina “calidad de vida” en las personas con discapacidad mental: relaciones sociales, pareja, empleo y vivienda (60).

Al respecto, las personas con discapacidad mental han asumido por sí mismos la tarea de reivindicación de sus derechos en diferentes países, rechazando la construcción de su identidad como actores sociales subvalorados, dignos de lástima

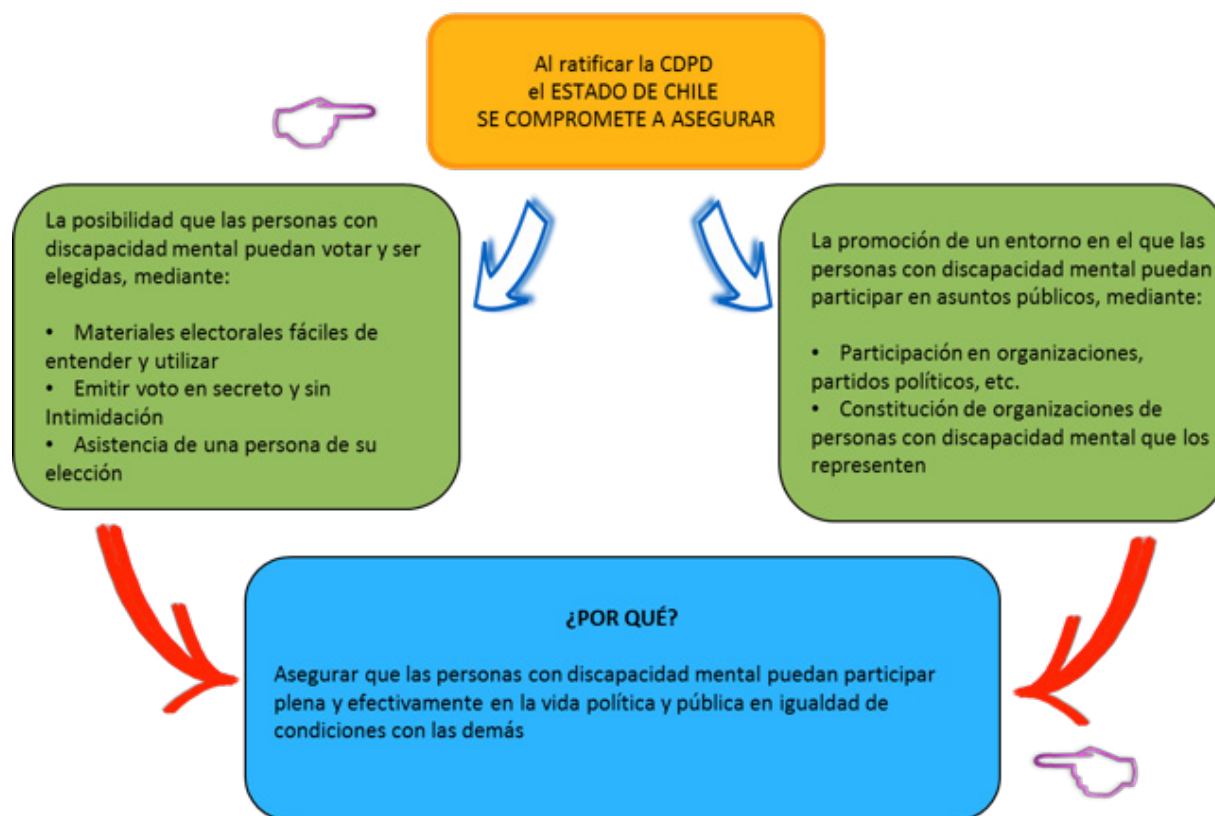
y beneficencia, que es la relación que muchas veces reproduce y naturaliza su condición de subordinación política y social. En este sentido, la lucha por el reconocimiento y el respeto de los derechos de las personas con discapacidad mental ha surgido desde los movimientos sociales, grupos organizados de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría que desde el espacio de la sociedad civil han exigido su derecho a participar de la vida pública y política, y en este proceso han logrado algunos avances trascendentales (61). En esta lucha, la frase que más representa la necesidad de promover un cambio cultural y nuevas relaciones sociales en torno a la discapacidad, y que plasma en ella uno de los principios básicos del modelo social recogido en la CDPD, sea la acuñada por el Movimiento de Vida Independiente: “Nada sobre nosotros, sin nosotros”.

### ***Existe una enorme brecha entre la situación actual de ejercicio del derecho a la participación en la vida política y pública por parte de las personas con discapacidad mental y lo que plantea la CDPD.***

Podríamos decir que hasta ahora los derechos de las personas con discapacidad mental se los ha abordado principalmente desde un modelo rehabilitador de la discapacidad centrado en los déficits, el cual subestima la capacidad de las personas con discapacidad y produce medidas y políticas paternalistas que dificultan el desarrollo de autonomía, y por ende, la inclusión plena en la sociedad de las personas con discapacidad y en igualdad de condiciones.

En Chile, se han organizado varios grupos de familiares y usuarios, que han comenzado a exigir mejoras en las condiciones y tratos de los usuarios en los servicios de salud, y mejoras en las políticas públicas. Sin embargo, según como lo ha manifestado Chuaqui (62), ante las “actitudes

Figura 31. Artículo 29 de la CDPD: Principales disposiciones relevantes para Chile sobre el derecho a la participación en la vida política y pública de las personas con discapacidad mental



paternalistas y autosuficientes” de los tutores de los usuarios, un grupo de ellos decidieron armar “una organización de los propios usuarios, distinta de las organizaciones de familiares de personas con trastornos psiquiátricos”. Los usuarios han enfrentado en nuestro país diversas dificultades en sus esfuerzos por constituirse como organizaciones y en los trámites para que ellas tengan reconocimiento legal, e incluso en una ocasión una municipalidad cuestionó la capacidad que tienen los usuarios de servicios de psiquiatría para constituir organizaciones (62).

**Indicadores del nivel de logro del derecho a la participación en la vida política y pública:**

En el reciente estudio de Calidad y Derechos (15), con una muestra representativa nacional de servicios ambulatorios de salud mental y

psiquiatría del sistema público, se encontró que ningún centro cumplía a cabalidad con el estándar de “apoyo a usuarios a participar en la vida política y pública en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría” y solo un 6,7% lo hacía en forma parcial (ver tabla 24). Este resultado revela que los equipos especializados nacionales no tienen incorporado en su práctica profesional esta importante dimensión, la cual podría contribuir a que las personas con discapacidad mental se fortalezcan comunitariamente en el ejercicio de este derecho. Es así como en este aspecto, nuestro país presenta una brecha considerable con el estándar de la OMS para establecimientos y dispositivos de salud mental (ver indicador 54 en el anexo).

Tal como muestra la figura 31, la CDPD compromete a Chile a promover la constitución de organizaciones de personas con discapacidad mental (1), lo cual es una de las formas de garantizar el derecho

**Tabla 24. Porcentaje de centros ambulatorios de salud mental y psiquiatría por nivel de cumplimiento del estándar “apoyo a usuarios a participar en la vida política y pública en servicios ambulatorios de salud mental y psiquiatría”. Fuente: Estudio Fonis Calidad y Derechos (15)**

Nivel de cumplimiento del estándar	Nº de Centros	% de Centros
Total	0	0,0
Parcial	8	6,7
Mínimo	1	53,3
Nulo	6	40,0

Estándar OMS QualityRights: Se apoya el derecho de los usuarios a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación

Puntaje promedio nacional = 1,72 (cumplimiento bajo)

a participar en la vida pública. El sector salud puede contribuir a este derecho a través del rol que pueden cumplir los equipos de salud mental con estas organizaciones a través de facilitar su desarrollo organizacional y de incentivar a los usuarios a que se incorporen a ellas. En este sentido, el estudio WHO-AIMS 2012 (19) midió el porcentaje de dispositivos de salud mental que había tenido alguna interacción con organizaciones de usuarios durante el año 2012, encontrando que el 59,7% de ellos lo había hecho (ver indicador 55 en el anexo). Considerando que este estudio solo midió un mínimo nivel de involucramiento de los equipos con las organizaciones se podría haber esperado un porcentaje más cercano a 100% que el obtenido. Por otra parte, es necesario destacar que

este indicador entrega una visión muy gruesa de este aspecto y que se requiere de otros estudios que puedan caracterizar con mayor profundidad el tipo de interacción que se da entre los dispositivos de salud mental y las organizaciones de usuarios.

Los dispositivos de salud mental también pueden contribuir a que las personas con discapacidad mental ejerzan el derecho a la participación en la vida pública a través del tipo de relaciones humanas que se establecen entre los equipos y los usuarios. Un clima participativo, donde los usuarios no solo pueden expresar sus opiniones sino que también tomar decisiones sobre el tipo de intervenciones que reciben en cada momento y sobre otras actividades que se realicen en el dispositivo, sin duda ayuda a la

**Tabla 25. Nivel de logro del derecho de las personas con discapacidad mental a la participación en la vida política y pública**

Estándares evaluados para personas con discapacidad mental	Nivel de Logro
54) 100% de los dispositivos de salud mental apoyan a usuarios a participar en la vida política y pública.	Bajo
55) 100% de los dispositivos interactúan con asociaciones de usuarios	Mediano
56) El hogar protegido debe “fomentar la participación (promoviendo las expresión de afectos, ideas y opiniones)”	Mediano



persona a desarrollar habilidades para participar en otras situaciones sociales.

Lamentablemente, esto no siempre ocurre, es así como el estudio de Chuaqui (32) observó que un 51% de los usuarios de hogares protegidos siente que no puede incidir en lo que decide la cuidadora, respondiendo “A veces o Nunca” a la afirmación: “Cuando la cuidadora decide algo, si yo o los demás

le damos razones, cambia su criterio”, lo cual está en contradicción con la norma técnica de Minsal para este tipo de dispositivos (63) (ver indicador 56 en el anexo). Si las personas con discapacidad mental tienen poca injerencia en las actividades de la vida diaria y en las normas de convivencia del hogar, y tienen que aceptar que otros tomen decisiones por ellos, poco se puede esperar de su participación en la vida política y pública en general.

## Conclusiones

- Existe una enorme brecha entre la situación actual de ejercicio del derecho a la participación en la vida política y pública por parte de las personas con discapacidad mental y lo que plantea la CDPD.
- El espíritu de la CDPD y su nueva concepción de las personas con discapacidad mental debe orientar las legislaciones y políticas públicas en torno al tema, de modo que a este grupo social se le reconozca igualmente como personas capaces de decidir y con los mismos derechos para elegir y ser elegidos en cargos de representación política. Al mismo tiempo debiera existir una política específica de Estado que promueva la creación de organizaciones sociales de usuarios.
- Es necesario que se refuercen los recursos humanos y los programas formativos de los equipos de salud mental, de modo que ellos incorporen a su práctica diaria el enfoque de derechos basado en la CDPD. Así también, se requiere que los equipos de salud mental sean efectivamente interdisciplinarios y horizontales en la toma de decisiones respecto al tratamiento y que consideren la visión de los usuarios. Desde esta perspectiva, es posible promover su capacidad de autonomía y apoyo mutuo, haciéndolos partícipes en la creación de las normas que los rigen, los protocolos de atención y la convivencia diaria en todos los dispositivos de salud mental, en especial en los hogares protegidos donde viven.
- Se requiere también que los programas del Estado que promueven las organizaciones sociales incorporen una línea específica para personas con discapacidad mental, en coordinación con los programas de salud mental, de modo de fortalecer su capacidad organizativa y de lucha por la reivindicación de sus derechos.
- A su vez es necesario que desde el gasto público de salud, una parte del presupuesto para salud mental se destine para que los espacios participativos se construyan de acuerdo a las orientaciones definidas por los mismos usuarios, en relación con sus necesidades. Esta iniciativa de fortalecimiento comunitario, con administración de acciones y recursos por las organizaciones de usuarios, puede llegar a ser un aporte relevante para aumentar los niveles mayores de participación pública y política de las personas con discapacidad mental.

## 13. Conclusiones

Una perspectiva de derechos humanos busca, en términos generales, los medios necesarios para respetar y reconocer la diversidad de la humanidad, creando las condiciones que garanticen una participación significativa de todas las personas, incluidas aquellas con discapacidad mental. Promover, proteger y respetar los derechos de las personas con discapacidad mental no sólo se reduce a proporcionar servicios específicos, sino que también la adopción de medidas para cambiar actitudes y comportamientos que estigmatizan y marginan a estas personas. Para este efecto, se requieren transformaciones en las políticas, leyes y normativas junto con acciones orientadas a promover el reconocimiento y ejercicio de derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales de las personas con discapacidad mental, en el marco del Estado y la sociedad civil, considerando que los cambios en el campo jurídico deben inscribirse a su vez en la construcción social de una “cultura de derechos” cuyo centro deben ser la inclusión social de las personas con discapacidad mental.

Existen alrededor de 350.000 personas con discapacidad mental en Chile, las cuales están expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social, constituyendo un problema social de importancia mayor que el Estado no ha abordado adecuadamente aún. La fuerte asociación entre discapacidad mental y pobreza encontrada en la encuesta CASEN nos muestra que este problema es más grave aún y que requiere de políticas integrales y multisectoriales que aborden el conjunto de los determinantes sociales involucrados.

Entre las numerosas áreas de vulneración de derechos identificadas en el presente estudio y que requieren medidas correctivas de mayor urgencia se destacan las siguientes:

La ley 18.600 como disposición legal es contradictoria con los principios de la CDPD y debe ser sustituida por una nueva normativa que tenga como centro el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental.

Al mismo tiempo, es necesario implementar las medidas necesarias que garanticen que las personas con discapacidad mental puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones a través de un sistema de apoyo en la toma de decisiones.

Las ley 20.584 que regula el consentimiento en la atención de salud de las personas con discapacidad mental, así como para la hospitalización y el tratamiento involuntario no cumplen plenamente con las normativas internacionales, ya que no contempla la existencia de organismos autónomos que autoricen y supervisen los procedimientos involuntarios y ofrezcan mecanismos expeditos de apelación.

Para garantizar el derecho a la libertad de las personas con discapacidad mental la legislación debiera incluir además la regulación de todas las formas de institucionalización (largas estadías en hospitales psiquiátricos, instituciones para personas con discapacidad intelectual, hogares de ancianos, casas de reposo, instituciones residenciales informales, etc.), la prohibición de nuevos ingresos de personas con discapacidad mental a estas instituciones, el cierre gradual de aquellas dedicadas exclusivamente a personas con discapacidad mental y la provisión de hogares comunitarios con apoyo que las replacen. Estos hogares debieran recoger las mejores prácticas de los hogares y residencias protegidas, pero con altos estándares de calidad y de respeto de derechos y con supervisiones regulares.

La protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes es muy insuficiente en nuestro país. Es así como el porcentaje de usuarios sometidos a procedimientos de contención y aislamiento excede por mucho lo observado en países de altos ingresos y la Ley 20.584 permite procedimientos irreversibles (psicocirugía, esterilización, etc.) sin consentimiento de la persona afectada. A su vez, la Comisión Nacional de Protección de Personas Afectadas por Enfermedad Mental carece de la autonomía, atribuciones y

presencia suficiente en actividades de supervisión para prevenir, fiscalizar y sancionar prácticas abusivas.

Pese a los importantes avances logrados con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, Chile no ha logrado instalar de modo suficiente un modelo de atención de salud mental comunitario, respetuoso de los derechos y que pueda apoyar a las personas con discapacidad mental en sus procesos de inclusión social. El bajo presupuesto destinado a salud mental (menor al promedio de países de similares ingresos) es el principal factor contribuyente de las insuficiencias observadas en cobertura, calidad de atención y equidad. Con el alto nivel de desarrollo macroeconómico que ha alcanzado Chile, que ha llevado al Banco Mundial a clasificar a nuestro país como de “ingreso alto”, existe un imperativo ético de cumplir con la meta fijada por el Plan para el año 2010 de destinar el 5% del presupuesto de salud a salud mental (cifra que es aproximada al promedio que destinan los países de ingresos altos a salud mental).

Es urgente para el país disponer de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental, el cual debe responder a los desafíos actuales que se han descrito en este documento considerando un modelo de atención en salud mental integral que construya puentes y redes hacia otros ministerios de gobierno así como organizaciones de la sociedad civil, que ponga énfasis en el desarrollo social de las personas con discapacidad mental y reconozca la centralidad de la participación ciudadana en el proceso de formulación, aplicación, gestión y evaluación de las políticas públicas de salud mental. Se debe analizar la conveniencia de incorporar en este nuevo Plan lineamientos estratégicos para la discapacidad intelectual (los que no fueron incluidos en el Plan del año 2000) o si ellos ameritan una política específica, que siendo también intersectorial sea

conducida por otro sector que no sea salud (por ej. Ministerio de Desarrollo Social).

Considerando la importancia fundamental que tiene la educación para el desarrollo de las potencialidades de niños, adolescentes y adultos con discapacidad mental, se requiere implementar políticas y legislación acordes con la CDPD, que sean capaces de revertir la situación de exclusión de escuelas regulares y marginalización en escuelas especiales que están expuestas estas personas en nuestro país. Una inclusión mayoritaria de estudiantes con discapacidad mental en establecimientos educacionales generales requerirá de medidas tales como: obligatoriedad de la inclusión en todas las escuelas del país, incorporación de técnicos

***La mayoría de las modificaciones de la legislación que se requieren para que Chile cumpla con su compromiso con la CDPD de garantizar en plenitud los derechos de las personas con discapacidad mental podrían incluirse en una Ley de Salud Mental, tal como las que han promulgado varios países latinoamericanos. Esta ley debería reconocer explícitamente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental, disponer de una serie de medidas que garanticen la inclusión social, la integración en escuelas regulares, el acceso a empleos y viviendas propias, y la participación en organizaciones sociales, así como los derechos en la atención de salud y la adecuada provisión de servicios de salud mental comunitarios.***

y profesionales de salud mental en las escuelas, capacitación de profesores en competencias específicas para brindar apoyo a los estudiantes con discapacidad mental, eliminación del uso de las expulsiones y refuerzo de apoyo técnico, supervisión y financiamiento para las escuelas. El nuevo proyecto educativo para Chile debiera incorporar estos aspectos.

El derecho al trabajo es una de las necesidades más sentidas por las personas con discapacidad en Chile, y el desempeñarse en un empleo remunerado

contribuye al ejercicio de varios de los derechos que se han descrito en el presente documento. La CDPD compromete al Estado a implementar políticas y legislación que favorezcan que las personas con discapacidad mental accedan a empleos en los sectores público y privado, así como en cooperativas y empresas propias. Para ello se requiere medidas tales como apoyo técnico, incentivos para las empresas, acciones afirmativas (ej. exigencia de contratar un cierto porcentaje de personas con discapacidad mental, etc.) y apoyos para el desarrollo de empresas propias y cooperativas (ej. exenciones tributarias para el desarrollo de empresas sociales).

Se requiere también que los programas del Estado que promueven las organizaciones sociales incorporen una línea específica para personas con discapacidad mental, en coordinación con los programas de salud mental, de modo de fortalecer su capacidad organizativa y de lucha por la reivindicación de sus derechos. A su vez, es necesario que desde el gasto público de salud se destinen recursos para que estos espacios participativos se construyan de acuerdo a las orientaciones definidas por los mismos usuarios para resolver sus necesidades, con el apoyo de

técnicos y profesionales (ya sea desde equipos de salud mental, programas de apoyo social u ONGs). Esta iniciativa de fortalecimiento comunitario con administración de recursos en forma autónoma por las organizaciones de usuarios, será un aporte relevante para aumentar los niveles de participación pública y política de las personas con discapacidad mental.

La mayoría de las modificaciones de la legislación que se requieren para que Chile cumpla con su compromiso con la CDPD de garantizar en plenitud los derechos de las personas con discapacidad mental podrían incluirse en una Ley de Salud Mental, tal como las que han promulgado varios países latinoamericanos. Esta ley debería reconocer explícitamente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental, disponer de una serie de medidas que garanticen la inclusión social, la integración en escuelas regulares, el acceso a empleos y viviendas propias, y la participación en organizaciones sociales, así como los derechos en la atención de salud y la adecuada provisión de servicios de salud mental comunitarios.

## Referencias

1. Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile (2008). Decreto 201. Promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Recuperado de [http://www.leychile.cl/Navegar/index\\_html?idNorma=278018](http://www.leychile.cl/Navegar/index_html?idNorma=278018)
2. Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) (2004). Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad (ENDISC). Santiago de Chile: FONADIS.
3. Ministerio de Desarrollo Social (2011). Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN. Santiago de Chile: Ministerio de Desarrollo Social.
4. Ministerio de Planificación (2010). Ley 20.422. Establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>
5. Junta de Gobierno de la República de Chile (1987). Ley 18.600. Establece Normas sobre los Deficientes Mentales. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29991>
6. Cámara de Diputados de Chile (2013). Evaluación de la Ley N° 18.600 que Establece Normas sobre Discapacitados Mentales. Recuperado de [http://www.camara.cl/camara/media/docs/informe\\_ley18600.pdf](http://www.camara.cl/camara/media/docs/informe_ley18600.pdf)
7. Fundación para las Américas (2012). Informe de mapeo acerca de la capacidad legal de las personas con discapacidad psicosocial en seis países latinoamericanos. Recuperado de <http://corfausam.cl/wp-content/uploads/2012/06/120624-Informe-Final-Mapeo.pdf>
8. Grupo BBVA (2011). Derechos de las personas con discapacidad mental. Recuperado de [http://www.probono.cl/wp-content/uploads/2011/08/1-25\\_derechos-de-las-personas-con-discapacidad-mental\\_i.pdf](http://www.probono.cl/wp-content/uploads/2011/08/1-25_derechos-de-las-personas-con-discapacidad-mental_i.pdf)
9. Comité de Organizaciones de Familiares y Usuarios con Atención de Salud mental [CORFAUSAM] (2010). Una mirada preliminar en torno a la adecuación de la legislación nacional al contenido de la Convención de la ONU/ Con relación a las personas afectadas de enfermedad mental. Recuperado de [http://observatoriodeladiscapacidad.blogspot.com/2011\\_03\\_01\\_archive.html](http://observatoriodeladiscapacidad.blogspot.com/2011_03_01_archive.html)
10. Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca.

11. Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad. Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: Cinca.
12. Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2006). Resolution CD47.R1. Disability: Prevention and rehabilitation in the context for the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health and other related rights. Recuperado de <http://www1.paho.org/English/GOV/CD/CD47.r1-e.pdf?ua=1>
13. Lehmann, P. (2012). Alternativas a la psiquiatría. Rev. Esp. Neuropsiq. 117: 137-150.
14. World Health Organization [WHO] (2012). QualityRights Tool Kit: Assesing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548410_eng.pdf)
15. Minoletti A, Toro O. et al. (2014). FONIS Sa12i2073. Evaluación de Calidad de Atención y Respeto de Derechos de los Pacientes en Servicios de Salud Mental, Integrando Perspectivas de Usuarios y Equipos de Salud. Santiago de Chile.
16. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública (2012). Ley 20.584. Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud. Recuperado de [http://www.leychile.cl/Consulta/m/norma\\_plana?org=&/Navegar?idLey=20584](http://www.leychile.cl/Consulta/m/norma_plana?org=&/Navegar?idLey=20584)
17. A. Ferreirós C. E. (2007). Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI.
18. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Sí a la atención, no a la exclusión. Recuperado de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43478/1/9243562827\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43478/1/9243562827_spa.pdf)
19. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública (2014). WHO-AIMS 2012. Evaluación de sistemas de salud mental en Chile. Santiago de Chile: Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud.
20. Salize H.J, & Dressing H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. British Journal of Psychiatry, 184, 163-168.
21. Minoletti A., Sepulveda R. & Horvitz-Lennon M. (2012). Twenty years of mental health policies in Chile: lessons and challenges. International Journal of Mental Health, 41(1), 21-37.

22. World Health Organization [WHO] (2011). Mental Health Atlas 2011. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9799241564359_eng.pdf)
23. Ministerio de Salud, División de Rectoría y Regulación Sanitaria (2001). Decreto N° 570. Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que las proporcionan. Recuperado de <http://www.serviciodesaludaconcagua.cl/descargas/DECRETO%20570%20%20Internacion%20de%20las%20Personas%20con%20enfermedades%20mentales%20y%20sobre%20los%20establecimientos%20que%20la%20proporcionan.pdf>
24. Steinert T., Lepping P., Bernhardsgrütter R., Conca A. et al. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc. Psychiat Epidemiol*, 45, 889-897.
25. Thornicroft, G. & Tansella M. (2005). *La matriz de la salud mental: manual para la mejora de servicios*. Madrid: Editorial Tricastela.
26. Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica.*, Madrid: DOR SL Ediciones.
27. Thornicroft, G., Szukler, G., Mueser, KT. & Drake, RE. (eds) (2011). *Oxford textbook of community mental health*. Oxford: Oxford University Press.
28. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Unidad de Salud Mental (2012). *Powerpoint presentado en Jornada Nacional de Salud Mental*. Santiago de Chile.
29. Ministerio de Salud (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Santiago de Chile: MINSAL.
30. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf)
31. Alvarado, R., Minoletti, A. et al. (2010). FONIS SA08I20033. *Evaluación de las redes de atención para personas con primer episodio de esquizofrenia, en Chile*. Santiago de Chile.
32. Chuaqui, J., y Salas, A. (2014). FONIS SA11I2120. *Cumplimiento de objetivos y acciones de rehabilitación según norma técnica N° 53 para personas con discapacidad psíquica en hogares protegidos de la región de Valparaíso, mediante significaciones de usuarios y administrativos, y propuestas de mejoramiento*. Valparaíso.

33. Ministerio de Educación. División de Educación General. Unidad de Educación especial (2012). Orientaciones técnicas para Programas de Integración Escolar (PIE). Recuperado de <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/2012/SEPTIEMBRE2012/OrientTecPIEWEB.PDF>
34. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2009). Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental en 10 Provincias Argentinas. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/EvaluacionSisSMental.pdf>
35. Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). WHO-AIMS Report on Mental Health System in Uruguay. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/uruguay\\_who\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/uruguay_who_report.pdf)
36. Ministerio de Educación (2005). Política Nacional de Educación especial. Nuestro compromiso con la diversidad. Recuperado de <http://www.mineduc.cl/usuarios/edu.especial/File/DOCUMENTOS%20VARIOS%202008/POLITICAEDUCESP.pdf>
37. Instituto Nacional de Derechos Humanos [INDH] (2011). Informe Anual 2011. Situación de los Derechos Humanos en Chile. Recuperado de <http://www.indh.cl/wp-content/uploads/2011/12/Informe-Anual-2011.pdf>
38. Ministerio de Educación (2012). Normas y derechos para estudiantes. Recuperado de [https://www.ayudamineduc.cl/Estatico/docs/informacion/info\\_guia/guia\\_norm.pdf](https://www.ayudamineduc.cl/Estatico/docs/informacion/info_guia/guia_norm.pdf)
39. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Salud Mental (2008). Norma Técnica para la Implementación y Funcionamiento de Centros de Salud Mental Comunitaria. Santiago de Chile: Minsal.
40. Wang PS, Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, AO. et al. (2011). Treated and untreated prevalence of mental disorders: results from the World Health Organization World Mental Health (WMH) surveys. En Thornicroft, G., Szukler, G., Mueser, KT., Drake, RE. (2011). Oxford Textbook of Community Mental Health. Oxford: Oxford University Press.
41. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Salud mental (2009). Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia. Santiago de Chile: Minsal
42. Alvarado R. (2006). Evaluación de la Implementación de la Guía Clínica GES para primer episodio de esquizofrenia. Santiago de Chile: Centro de Salud Mental (CESAM).
43. Wells, JE., Browne, MO., Aguilar-Gaxiola, S. et al. (2013). Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. BJP, 202, 42-49.



44. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. (2005). Psychiatric disorders among the mapuche in Chile. *International Journal of Social Psychiatry* 51 (2), 119–127.
45. Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev. Panam. Salud Pública*, 18 (4-5), 346-358
46. Miranda, G. (2008). El enfoque comunitario en la articulación entre salud mental y salud pública: el caso chileno. En Mañana, M. I. y Boada, M. J. (comp.) (2008). *Memorias del I Congreso ecuatoriano de psicología comunitaria. Desafíos de la psicología para el siglo XXI* (pp. 159-176) Quito: Ediciones Abya-Yala.
47. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2013). *Consenso de Brasilia*. Brasil: OPS/OMS.
48. Saldivia, S., Grandon, P. et. al. (2004). *Evaluación de Programas de Rehabilitación para Pacientes con Esquizofrenia*. Santiago de Chile: Minsal..
49. Servicio Nacional de la Discapacidad. [SENADIS] (2012). *Informe Primer Ciclo de Diálogos Participativos PLANDISC*. Santiago de Chile: SENADIS.
50. Caldas de Almeida, J. M. & Torres, F. (eds.) (2005). *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
51. Whitaker, R. (2004). The case against antipsychotic drugs: a 50-year record of doing more harm than good. *Medical Hypotheses*, 62, 5–13
52. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. (2013). Recovery in Remitted First-Episode Psychosis at 7 Years of Follow-up of an Early Dose Reduction/Discontinuation or Maintenance Treatment Strategy: Long-term Follow-up of a 2-Year Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 70(9): 913-20
53. Ministerio del Trabajo (2013). *Respuesta a carta del Director de la Escuela de Salud Pública preguntando si existían disposiciones legales que obligaran a las empresas a contratar personas con discapacidad mental*. Santiago de Chile.
54. Ministerio Secretaría General de Gobierno (2012). *Ley 20.609. Establece Medidas contra la Discriminación*. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1042092>
55. Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2012). *Mental Health and Work. Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*. Recuperado de <http://www.oecd.org/about/publishing/50030581.pdf>

56. Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I. & Torres, S.(2006). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *Am J Psychiatry*, 163, 1362–1370.
57. Ministerio de Salud de Chile (2010). Guía referencial: Reposo médico y reintegración laboral en personas con problemas y/o enfermedad mental. Santiago de Chile: Minsal.
58. Centro de Derechos Humanos. Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales (2013). Informe Anual Sobre Derechos Humanos en Chile 2013. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.udp.cl/wp/wp-content/uploads/2013/10/Informe-Anual-2013-completo.pdf>
59. Ministerio del Trabajo y Previsión Social (2008). Ley 20.422. Establece Reforma Previsional. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=269892>
60. Chuaqui J (2002). Sociedad, psiquiatría, esquizofrenia (interrelaciones). Valparaíso, Alba.
61. Centro de Acción Crítica en Salud mental [CAC] (2013). De la enfermedad a la diferencia. *Rev Chil Salud Pública* 17 (3): 213-217.
62. Chuaqui J (2005). Salud Mental y Derechos Humanos. Documento presentado en la sesión plenaria del martes 8 de noviembre de 2005 de la Conferencia Regional de los Servicios de Salud Mental “15 años después de la Declaración de Caracas”, Brasilia, Brasil.
63. Ministerio de Salud (2000). Norma técnica sobre hogares protegidos. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/71e53b6a889b9be1e04001011f0113eb.pdf>
64. Cámara de Diputados de Chile. Evaluación de la Ley N° 20.422 que Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Valparaíso 2012.

# Anexo: Lista de indicadores sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad mental en Chile

## 1. Prevalencia de la discapacidad mental en Chile

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado
1) Total de PcDM y porcentaje de la población chilena	Nº de PcDM (mide psíquica e intelectual con instrumento de alta sensibilidad )	2004	ENDISC (2)	348.057 PcDM (corresponde al 2,18% de la población chilena total del 2004)
2) Total de PcDM y porcentaje de la población chilena	Nº de PcDM (mide psíquica e intelectual con instrumento de mediana sensibilidad)	2011	CASEN (3)	239.715 PcDM (corresponde al 1,39% de la población chilena total del 2011)
3) % de personas con discapacidad psíquica e intelectual en niveles socioeconómicos (NSE) bajo y alto	Nº con discapacidad intelectual en NSE bajo/ Nº de personas en NSE bajo X 100	2004	ENDISC (2)	3,3%
	Nº con discapacidad intelectual en NSE alto/ Nº de personas en NSE alto X 100			0,7%
	Nº con discapacidad psíquica en NSE bajo/ Nº de personas en NSE bajo X 100			2,5%
	Nº con discapacidad psíquica en NSE alto/ Nº de personas en NSE alto X 100			1,1%
4) Distribución porcentual de PcDM según sexo y edades	Nº de mujeres con discapacidad mental/ Nº total de PcDM X 100 Nº de PcDM de 0-17 años / Nº total de PcDM X 100 Nº de PcDM de 18-29 años / Nº total de PcDM X 100 Nº de PcDM de 30-59 años / Nº total de PcDM X 100 Nº de PcDM de 60 y más años / Nº total de PcDM X 100	2011	CASEN (3)	Mujeres: 51,4% 0-17 años: 20,1% 18-29 años: 17,2% 30-59 años: 36,5 % 60 y más: 26,3%
5) Distribución porcentual de PcDM según tipo de discapacidad	Nº de PcDM con discapacidad intelectual/ Nº total de PcDM X 100 Nº de PcDM con discapacidad psíquica/ Nº total de PcDM X 100 Nº de PcDM con ambas discapacidades mentales / Nº total de PcDM X 100	2011	CASEN (3)	Intelectual: 62,0% Psíquica: 32,5% Ambas discapacidades: 4,5%

## 2. Nivel de logro en Chile en el ejercicio de los DDHH establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (1)

Nivel de logro	Criterios para indicadores cuantitativos	Criterios para indicadores cualitativos
Ausente	0 %	No se ha observado ningún indicio que apunte al cumplimiento del estándar
Bajo	1 a 30 %	Existen algunas disposiciones o medidas que apuntan a cumplir con el estándar, pero estas son muy insuficientes y/o benefician a un porcentaje reducido de las PcDM
Mediano	31 a 70 %	Existen varias disposiciones o medidas que apuntan a cumplir con el estándar, pero faltan varias otras para un logro total y/o benefician a alrededor de la mitad de las PcDM
Alto	71 a 99 %	Existen muchas disposiciones o medidas que apuntan a cumplir con el estándar, pero faltan unas pocas para un logro total y/o no benefician a todas las PcDM
Total	100 %	Existen todas las disposiciones o medidas que apuntan a cumplir con el estándar y se benefician todas las PcDM

### Artículo 12 de la CDPD: Igual reconocimiento como persona ante la ley

1. Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.
2. Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
6) Reconocimiento del derecho a la capacidad jurídica de las PcDM	Revisión de la Constitución de 1980 y Leyes: N°20.422 (4), N°18.600 (5) y N° 20.584 (16)	2012	Evaluación Ley 20.422 (Cámara de Diputados 2012) (64)	No se reconoce expresamente la capacidad jurídica de las PcDM	Reconocimiento del derecho a capacidad jurídica de las PcDM (CDPD) (1)	Ausente
7) Existencia de salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica	Revisión de la Ley 18.600 (5)	2013	Evaluación Ley 18.600 (Cámara de Diputados 2013) (6)	Declaración judicial de interdicción por demencia con solo certificación de discapacidad e inscripción en Registro Nacional Discapacidad	Existencia de salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica (CDPD) (1)	Ausente
8) Derecho de las PcDM a ser propietarias y controlar sus propios asuntos económicos	Revisión de la Ley 18.600 (5)	2013	Evaluación Ley 18.600 (Cámara de Diputados 2013) (6)	Designación de curador de bienes con requisitos mínimos, el cual sustituye a la persona en vez de apoyarla	Derecho de PcDM a ser propietarias y controlar sus asuntos económicos (CDPD) (1)	Ausente
9) % de dispositivos de SM ambulatorios donde se entrega información a los usuarios sobre sus derechos	N° de dispositivos donde se entrega información/N° de dispositivos estudiados X 100	2014	Estudio WHO QualityRights (15)	Ningún dispositivo de SM cumple en forma total con el estándar de entrega de información sobre derechos y un 46,7% lo cumple en forma parcial	100% de dispositivos entregan información a los usuarios sobre sus derechos (OMS) (14)	Mediano
10) % de dispositivos de SM ambulatorios donde los usuarios participan en las decisiones sobre su tratamiento	N° de dispositivos donde los usuarios participan en las decisiones /N° de dispositivos estudiados X 100	2014	Estudio WHO QualityRights (15)	Ningún dispositivo cumple en forma total con el estándar que los usuarios participen en las decisiones sobre su tratamiento y un 26,7% cumple en forma parcial	En 100 % de dispositivos de SM los usuarios participan en las decisiones sobre su tratamiento (OMS) (14)	Bajo
11) % de dispositivos de SM ambulatorios donde los usuarios tienen acceso a la información de sus fichas clínicas	N° de dispositivos donde los usuarios acceden a sus fichas /N° de dispositivos estudiados X 100	2014	Estudio WHO QualityRights (15)	Ningún dispositivo cumple en forma total con el estándar que los usuarios tengan acceso a la información de sus fichas clínicas y 26,7% cumple en forma parcial	En el 100% de los dispositivos de SM ambulatorios los usuarios pueden acceder a la información de sus fichas clínicas (OMS) (14)	Bajo
12) Derecho de la PcDM a leer la información de su ficha clínica.	Revisión de la Ley 20.584 (16)	2013	Observatorio de DDHH de PcDM Chile	No se reconoce en plenitud derecho de PcDM a leer la información de su ficha clínica. Puede negársele a criterio médico, sin apelación	Derecho legal de la PcDM a leer la información de su ficha clínica (OMS) (18)	Bajo

### Artículo 14 de la CDPD: Libertad y seguridad de la persona

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás:
  - a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona;
  - b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad.
  
2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
13) Derecho de la PcDM a dar consentimiento para hospitalización y tratamiento con mecanismo de resguardo	Revisión de la ley 20.584 (16)	2014	Revisión de la ley 20.584 (Observatorio 2014)	La ley reconoce el derecho de PcDM a dar consentimiento para hospitalización y tratamiento pero sin mecanismos de resguardo	Derecho de PcDM a dar consentimiento para hospitalización y tratamiento con mecanismos de resguardo (OMS) (18)	Mediano
14) Hospitalizaciones involuntarias autorizadas por organismo autónomo o judicial	Revisión de la ley 20.584 (16)	2014	Revisión de la ley 20.584 (Observatorio 2014)	Hospitalizaciones involuntarias autorizadas por SEREMI de Salud, la cual no es autónoma del sistema de salud	Hospitalizaciones involuntarias autorizadas por organismo autónomo de salud o judicial (OMS) (18)	Ausente
15) Existencia de una autoridad independiente para supervisar hospitalizaciones involuntarias	Revisión de la ley 20.584 (16)	2014	Revisión de la ley 20.584 (Observatorio 2014)	La SEREMI de Salud y la Comisión de Protección pueden supervisar hospitalizaciones involuntarias pero no son independientes del sistema de salud	Existencia de una autoridad independiente para supervisar hospitalizaciones involuntarias (OMS) (18)	Bajo
16) Existencia de mecanismos legales de apelación para hospitalizaciones involuntarias	Revisión de la ley 20.584 (16)	2014	Revisión de la ley 20.584 (Observatorio 2014)	La ley no establece mecanismos legales de apelación para hospitalización involuntaria	Existencia de mecanismos legales de apelación para hospitalizaciones involuntarias (OMS) (18)	Ausente
17) % de admisiones involuntarias en hospitales generales y psiquiátricos	Nº de admisiones involuntarias/ Nº total de admisiones X 100	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	17,3% de admisiones involuntarias en hospitales generales y 13,6% en hospitales psiquiátricos	% de admisiones involuntarias similar a la de países desarrollados. Mediana en Europa es 12,9% (20)	Mediano

### Artículo 15 de la CDPD: Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
18) % de servicios de psiquiatría con al menos una inspección externa anual para protección de DDHH	Nº de servicios con inspección en el año 2012/ Nº total de servicios X 100	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	40% de hospitales psiquiátricos y 25,8% de hospitales generales (inspección no externa al sistema de salud)	100% de servicios de psiquiatría con inspecciones externas regulares para protección de DDHH (OMS) (18)	Bajo
19) % de hogares protegidos con una inspección externa anual para protección de DDHH	Nº de hogares con inspección/ Nº total de hogares X 100	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	12,9% de hogares protegidos recibieron una inspección en el año 2012 (inspección no externa al sistema de salud)	100% de hogares protegidos con inspecciones externas regulares para protección de DDHH (OMS) (18)	Bajo
20) % de residencias protegidas con una inspección externa anual para protección de DDHH	Nº de residencias con inspección/ Nº total de residencias X 100	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	17,1% de residencias protegidas recibieron una inspección en el año 2012 (inspección no externa al sistema de salud)	100% de residencias protegidas con inspecciones externas regulares para protección de DDHH (OMS) (18)	Bajo
21) % de usuarios con contención física y/o aislamiento en hospitales generales y psiquiátricos	Nº con contención física y/o aislamiento/ Nº total de usuarios hospitalizados X 100	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	26,1% de usuarios tuvieron contención física y/o aislamiento en hospitales generales y 57,9% en hospitales psiquiátricos	0% de usuarios con contención física y/o aislamiento en hospitales generales y psiquiátricos (OMS) (14).	Bajo
22) Derecho de la PcDM a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (esterilización y psicocirugía)	Revisión de la ley 20.584 (16)	2014	Revisión de la ley 20.584 (Observatorio 2014)	No se reconoce en plenitud el derecho de la PcDM a dar consentimiento para procedimientos irreversibles porque permite que otros tomen decisiones por la PcDM	Derecho exclusivo de la PcDM a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (esterilización y psicocirugía) (OMS) (18)	Ausente

### Artículo 19 de la CDPD: Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Los Estados Partes en la presente Convención reconocen el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

- a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;
- b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;
- c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
23) N° de personas en largas estadías de hospitales psiquiátricos	Total de personas en Chile que aún están en largas estadías de hospitales psiquiátricos	2011	Minsal 2011 (28)	Quedan 312 personas en largas estadías de hospitales psiquiátricos	No debería haber personas en largas estadías. Minsal 2000 (29)	Mediano
24) N° de niños/as y personas adultas con discapacidad intelectual recluidos en instituciones	Total de niños y adultos en Chile que están en instituciones con financiamiento de SENAME	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	1542 niños y adultos con discapacidad intelectual recluidos en instituciones con financiamiento de SENAME	Evitar institucionalización de PcD intelectual y usar rehabilitación basada en la comunidad (OMS) (30)	Bajo
25) Nivel de desarrollo del modelo comunitario en los Servicios de Salud (dispositivos de SM ambulatorios especializados)	% de cumplimiento de 5 estándares elaborados por expertos nacionales	2009	Alvarado (31)	Mediana nacional de desarrollo del modelo comunitario de 35,8% (SS con menor cumplimiento = 17,5% y con mayor = 58,5 %)	100% de cumplimiento de los estándares para modelo comunitario en redes de SM ambulatorias (31)	Mediano
26) Plazas de hogares y residencias protegidas en la comunidad para PcDM	N° de plazas en hogares y residencias protegidas/ población >20 años en FONASA X 100.000	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	27,5 plazas de hogares y residencias protegidas por cada 100.000 adultos beneficiarios de FONASA	48 plazas de hogares y residencias por cada 100.000 adultos en FONASA (MINSAL 2000) (29)	Mediano



### Artículo 24 de la CDPD: Derecho a la Educación

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. Con miras a hacer efectivo este derecho sin discriminación y sobre la base de la igualdad de oportunidades, los Estados Partes asegurarán un sistema de educación inclusivo a todos los niveles así como la enseñanza a lo largo de la vida, con miras a:
  - a) Desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima y reforzar el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y la diversidad humana;
  - b) Desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad de las personas con discapacidad, así como sus aptitudes mentales y físicas;
  - c) Hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre.
  
2. Al hacer efectivo este derecho, los Estados Partes asegurarán que:
  - a) Las personas con discapacidad no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;
  - b) Las personas con discapacidad puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;
  - c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;
  - d) Se preste el apoyo necesario a las personas con discapacidad, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;
  - e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.
  
3. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso general a la educación superior, la formación profesional, la educación para adultos y el aprendizaje durante toda la vida sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás. A tal fin, los Estados Partes asegurarán que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad.

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
27) % de escuelas que cuenta con un profesional de SM	Nº de escuelas con profesional de SM/ Nº total de escuelas X 100	2012	Minsal 2011 (28)	18,4% de escuelas municipales, 8,4% de particulares subvencionadas y 4,6% de particulares cuentan con un profesional de SM	Incorporación de profesionales de salud mental en escuelas (OMS) (19, 34, 35)	Bajo
28) % de niños/as con discapacidad mental integrados en escuelas normales	Nº de niños cDM integrados/(Nº de niños cDM integrados + Nº de niños cDM en escuelas esp) X 100	2011	Instituto Nacional de Derechos Humanos (37)	9,4% de los niños/as con discapacidad mental están integrados en escuelas normales (90,6% están en escuelas especiales)	Acceso de PcD a educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita (CDPD) (1)	Bajo

29) % de escuelas que expulsan estudiantes con trastornos conductuales	Nº de escuelas que expulsan/Nº total de escuelas X 100	2011	Alvarado (31)	5 % de escuelas municipales, 8 % de particulares subvencionadas y 17 % de particulares expulsan por trastornos conductuales	Utilización excepcional de la expulsión de estudiantes con trastornos conductuales (Mineduc) (38)	Mediano para municipales y bajo para particulares
--	--	------	---------------	---	---	---

### Artículo 25 de la CDPD: Derecho a la Salud

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
30) % del gasto de salud destinado a salud mental en el sistema público	Gasto en salud mental/gasto total en salud X 100	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	2,16% del gasto de salud destinado a SM en el sistema público	Gasto promedio de 5,1% del presupuesto de salud para SM en países de ingresos altos (OMS) (22)	Bajo

31) % de personas en FONASA en tratamiento por alguna enfermedad mental en un año	Nº de personas en tratamiento en 1 año/ población total FONASA X 100	2012	Observatorio (en base a datos DEIS Minsal)	5,3% de las personas beneficiarias de FONASA en tratamiento por alguna enfermedad mental en un año	12,0% población de países de ingreso alto recibe tratamiento por enfermedad mental en un año (40)	Mediano
32) % de personas en ISAPRES en tratamiento por alguna enfermedad mental en un año	Nº de personas en tratamiento en 1 año/ población total ISAPRES X 100	2012	WHO-AIMS 2012 (18)	12,2% de las personas afiliadas a ISAPRES en tratamiento por alguna enfermedad mental en un año	12,0% población de países de ingreso alto recibe tratamiento por enfermedad mental en un año (40)	Alto
33) % de personas con 1er episodio esquizofrenia que recibe psicoeducación	Nº de personas que recibe psicoeducación / total de personas que ingresaron por esquizofrenia X 100	2006	Alvarado (42)	54,5% personas con 1er episodio esquizofrenia recibe psicoeducación y 49,1% de sus familias	100% de personas con 1er episodio esquizofrenia con psicoeducación (Minsal) (41)	Mediano
34) % de personas con 1er episodio esquizofrenia que abandona tratamiento antes del 1er año	Personas que dejan de asistir a controles / total de personas que ingresaron por esquizofrenia X 100	2009	Alvarado (31)	68,4% de personas con 1er episodio esquizofrenia abandona tratamiento antes del año	Tasa promedio mundial de abandono de tratamientos psiquiátricos: 21,3% (43)	Bajo
35) Discriminación territorial en la atención de salud mental ambulatoria	Diferencias en las hrs/sem disponibles de profesionales de salud mental ambulatoria X 40.000 beneficiarios entre los Servicios de Salud	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	Mínimo país de 93,0 hrs/sem de profesionales de SM en el SS Aysén y un máximo de 376,6 en el SS Metropolitano Norte (por 40.000 beneficiarios)	Ausencia de discriminación en la atención de SM (MINSAL) (29)	Bajo
36) Discriminación territorial en el acceso a servicios de psiquiatría de corta estadía en hospitales generales en relación con hospitales psiquiátricos	Nº de Servicios de Salud (SS) con hospitales psiquiátricos (o vecinos a ellos) que no tienen cortas estadías (CE) en hospitales generales (HG)	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	3 de los 4 SS con hosp. psiquiátrico no tienen CE en HG y 1 SS vecino a hosp. psiquiátrico no tiene CE en HG (de los 25 sin hosp psiquiátrico, 21 tienen CE en HG)	Todas las hospitalizaciones de corta estadía deberían realizarse en hospitales generales (Minsal) (29)	Mediano
37) Promedio de beneficiarios FONASA por cada centro de SM comunitaria	Población total FONASA / Nº total de centros de SM comunitaria	2012	Observatorio (en base a datos DEIS Minsal)	164.940 beneficiarios de FONASA promedio por cada centro de SM comunitaria	1 centro de SM comunitaria por cada 40.000 beneficiarios (Minsal) (39)	Bajo

38) % de dispositivos con acceso de usuarios a programas psicosociales	Nº de dispositivos donde hay acceso a programas psicosociales/ Nº de dispositivos estudiados X 100	2014	Estudio WHO QualityRights (15)	6,7% de los dispositivos de SM cumplen en forma total con el estándar de acceso de usuarios a programas psicosociales y 53,3% en forma parcial	Todos los usuarios de servicios de SM tienen acceso a programas psicosociales de su elección (OMS) (14)	Mediano
39) % de dispositivos de SM con intervención de red de apoyo para usuarios	Nº de dispositivos donde hay intervención de red de apoyo/ Nº de dispositivos estudiados X 100	2014	Estudio WHO QualityRights (15)	6,7% de los dispositivos de SM cumplen en forma total el estándar de interv. red de apoyo y 46,7% en forma parcial	El dispositivo ayuda contacto con fam./ amigos según deseos de usuarios (OMS) (14)	Mediano
40) % de dispositivos que dispone de medicación psicotrópica adecuada	Nº de dispositivos con medicación psicotrópica adecuada/ Nº de dispositivos estudiados X 100	2014	Estudio WHO QualityRights (15)	86,7% de dispositivos de SM cumplen en forma total el estándar de disponer de medicación psicotrópica adecuada y 6,7% en forma parcial	El dispositivo dispone de la medicación psicotrópica adecuada (OMS) (14)	Alto
41) Tasa de RRHH para tratamiento en SM ambulatorio especializado	Nº hrs x sem de técnicos y profesionales X 100.000 beneficiarios FONASA	2009	Alvarado (31)	Tasa de 482,7 hrs x sem de técnicos y profesionales por 100.000 beneficiarios FONASA para tratamiento de SM especializado	Tasa de 1457,5 hrs x sem de técnicos y profesionales por 100.000 para tratamiento de SM especializado (Minsal) (39)	Bajo

### Artículo 26 de la CDPD: Derecho a la habilitación y rehabilitación

1. Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:
  - a. Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;
  - b. Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.
2. Los Estados Partes promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.
3. Los Estados Partes promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
42) % de personas con 1er episodio esquizofrenia que tienen un plan individual integral	Nº de personas con plan/Nº total de personas con 1er episodio esquizofrenia en tratamiento x 100	2009	Alvarado (31)	7,6% de personas con 1er episodio esquizofrenia tiene un plan individual integral	100% de personas con 1er episodio esquizofrenia tiene un plan individual integral (Minsal) (41)	Bajo
43) % de dispositivos donde los usuarios participan en sus planes de recuperación	Nº de dispositivos con usuarios que participan/ Nº total de dispositivos X 100	2014	Estudio WHO QualityRights (15)	Ninguno de los dispositivos cumple en forma total con el estándar que los usuarios participen en sus planes de recuperación y 46,7% lo hace en forma parcial	En el 100% de los dispositivos los usuarios participan en la elaboración y evaluación de sus planes de tratamiento (OMS) (14)	Mediano
44) Población promedio por cada centro con programa de rehabilitación psicosocial	Población total FONASA/ Nº de centros con programa de rehabilitación	2009	Alvarado (31)	146.929 personas (FONASA) promedio por cada centro con programa de rehabilitación psicosocial	40.000 beneficiarios por cada centro con programa de rehabilitación (Minsal) (39)	Bajo
45) % de dispositivos que apoyan a los usuarios en el acceso a empleo remunerado	Nº de dispositivos que apoyan acceso a empleo/Nº total de dispositivos X 100	2014	Estudio WHO QualityRights (15)	Ninguno de los dispositivos cumple en forma total con el estándar de apoyar a los usuarios en el acceso a empleo y 13,3% lo hace en forma parcial	En el 100% de los dispositivos se apoya a los usuarios en carreras laborales y acceso a empleo remunerado (OMS) (14)	Bajo
46) % de personas con 1er episodio esquizofrenia que recibe entrenamiento en habilidades sociales	Nº de personas que recibe entrenamiento / total de personas que ingresaron por esquizofrenia X 100	2006	Alvarado (42)	28,2% de personas con 1er episodio esquizofrenia recibe entrenamiento en habilidades sociales	100% de personas con 1er episodio esquizofrenia reciben entrenamiento en habilidades sociales (41)	Bajo
47) % de personas con 1er episodio esquizofrenia que recibe intervenciones para inclusión educacional o laboral	Nº de personas con intervenciones / total de personas que ingresaron por esquizofrenia X 100	2006	Alvarado (42)	13,6% de personas con 1er episodio esquizofrenia recibe intervenciones para inclusión educacional y 15,4% para laboral	100% de personas con esquizofrenia recibe intervenciones para inclusión educacional o laboral (OMS) (30)	Bajo

### Artículo 27 de la CDPD: Derecho al trabajo y empleo

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. Los Estados Partes salvaguardarán y promoverán el ejercicio del derecho al trabajo, incluso para las personas que adquieran una discapacidad durante el empleo, adoptando medidas pertinentes, incluida la promulgación de legislación, entre ellas:
  - a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;
  - b) Proteger los derechos de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;
  - c) Asegurar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;
  - d) Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;
  - e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;
  - f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
  - g) Emplear a personas con discapacidad en el sector público;
  - h) Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;
  - i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;
  - j) Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;
  - k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.
2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad no sean sometidas a esclavitud ni servidumbre y que estén protegidas, en igualdad de condiciones con las demás, contra el trabajo forzoso u obligatorio

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
48) Existencia de disposiciones legales que obliguen a empresarios a contratar a PcDM	Revisión de la legislación laboral chilena	2013	Ministerio del Trabajo (53)	Inexistencia de disposiciones legales que obliguen a empresarios a contratar a PcDM	No discriminación por discapacidad en la selección y contratación (CDPD) (1)	Ausente
49) Derecho a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor	Revisión de la Ley 18.600 (5)	2013	Evaluación Ley 18.600 (Cámara de Diputados) (6)	Es legal contratar a PcDM por una remuneración menor al sueldo mínimo	Igualdad de remuneración entre personas con y sin discapacidad (CDPD) (1)	Ausente
50) % de PcDM que tiene algún trabajo	Nº de PcDM que tuvo algún trabajo la última semana/Nº total de PcDM en Chile X 100	2011	CASEN (3)	13,9% de las PcDM y 55% de las personas sin discapacidad tienen algún trabajo en Chile	Porcentaje similar de empleo entre personas con y sin discapacidad mental (CDPD) (1)	Bajo

### Artículo 28 de la CDPD: Derecho a un nivel de vida adecuado y protección social

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad.
2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre ellas:
  - a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad;
  - b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza;
  - c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;
  - d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública;
  - e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
51) Nivel de rechazo al pago de licencias médicas por enfermedad mental	Nº de personas con rechazo al pago de sus licencias/Nº total de licencias X 100	2007	Centro de DDHH UDP (58)	Las ISAPRES rechazan el pago del 46% de las licencias por enfermedad mental y FONASA lo hace con el 29% de ellas	Pago de licencias médicas por enfermedad mental con discapacidad transitoria (Minsal) (57)	Mediano
52) Existencia de legislación que provea asistencia financiera a PcDM que no tienen ingresos suficientes para necesidades básicas	Revisión de la Ley 20.422 (59)	2014	Revisión de Revisión de la Ley 20.422 (Observatorio)	La ley 20.422 dispone de la pensión básica solidaria (\$ 82.058 mensuales el 2013) para el 60% de las PcDM de menor ingreso familiar	Disponer de legislación que garantice asistencia financiera para tener un nivel de vida adecuado (CDPD) (1)	Alto
53) Existencia de monitoreo de la asistencia financiera a PcDM para asegurar su cumplimiento	Existencia de registros que permitan conocer el Nº de PcDM que reciben la pensión básica solidaria de invalidez (PBSI)	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	El Instituto de Previsión Social no monitorea el Nº de PcDM que reciben pensión básica solidaria (solo registra total de personas con discapacidad que reciben pensión)	Funcionamiento de mecanismos que aseguren el acceso a asistencia financiera (CDPD) (1)	Ausente

### Artículo 29 de la CDPD: Derecho a la participación en la vida política y pública

- a) Asegurar que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones con las demás, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de las personas con discapacidad a votar y ser elegidas, entre otras formas mediante:
  - i. La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;
  - ii) La protección del derecho de las personas con discapacidad a emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda;
  - iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad de las personas con discapacidad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;
- b) Promover activamente un entorno en el que las personas con discapacidad puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones con las demás, y fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:
  - i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;
  - ii) La constitución de organizaciones de personas con discapacidad que representen a estas personas a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.



Indicador	Medida	Año	Fuente	Resultado	Estándar	Nivel de Logro
54) % de dispositivos que apoyan a usuarios a participar en la vida política y pública	Nº de dispositivos que apoyan participación/ Nº total de dispositivos X 100	2014	Estudio WHO QualityRights (15)	Ninguno de los dispositivos cumple en forma total con el estándar de apoyar a usuarios a participar en la vida política y pública y 6,7% lo hace en forma parcial	100% de los dispositivos de SM apoyan a usuarios a participar en la vida política y pública (OMS) (14)	Bajo
55) % dispositivos de SM que interactuaron con asociaciones usuarios en un año	Nº de dispositivos de SM con interacción con asociaciones/ Nº total de dispositivos X 100	2012	WHO-AIMS 2012 (19)	59,7% de los dispositivos de SM interactuaron con asociaciones en un año	100% de los dispositivos de SM interactúan con asociaciones de usuarios (Minsal) (29)	Mediano
56) % de usuarios de hogares protegidos que sienten que no pueden influir en las decisiones que toma la cuidadora	Nº de usuarios que responden que “nunca o a veces” logran que la cuidadora cambie su criterio/Nº de usuarios entrevistados X 100	2013	Chuaqui (32)	51% de usuarios de hogares protegidos sienten que no pueden influir en las decisiones que toma la cuidadora	El hogar protegido debe “fomentar la participación (promoviendo las expresión de afectos, ideas y opiniones)” (Minsal) (63)	Mediano

La mayoría de las modificaciones de la legislación que se requieren para que Chile cumpla con su compromiso con la CDPD de garantizar en plenitud los derechos de las personas con discapacidad mental podrían incluirse en una Ley de Salud Mental, tal como las que han promulgado varios países latinoamericanos.

Esta ley debería reconocer explícitamente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental, disponer de una serie de medidas que garanticen la inclusión social, la integración en escuelas regulares, el acceso a empleos y viviendas propias, y la participación en organizaciones sociales, así como los derechos en la atención de salud y la adecuada provisión de servicios de salud mental comunitarios.

