

Presentación de Corfadich a la Comisión Asesora Presidencial

Eduardo Toro Leontic

Marzo 2015

Corfadich: www.discapacidadesiquica.cl

Correo: consulta@discapacidadesiquica.cl

Discapacidad: un concepto en desarrollo

Del modelo bio-médico:

“Carencia/déficit biológico” = Discapacidad

Respuesta: “rehabilitación/ normalización”

Al modelo social:

“Deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales” + “factores personales” + “factores ambientales físicos y sociales adversos” =
Discapacidad

Respuesta: “atención de salud integral” +
“transformación/ajuste del entorno físico y social”
acorde a la Diversidad Humana.

Discapacidad: una construcción social

Discapacidad:

Representación abstracta de un hecho/fenómeno complejo y multideterminado individual y socialmente

La Discapacidad es creada socialmente pues:

La sociedad está diseñada para entregar soluciones y respuestas uniformes/estandarizadas...

A necesidades y demandas específicas de una población heterogénea y diversa.

Consecuencias (estructurales):

Discapacidad/ exclusión / discriminación / estigmatización / vulneración de derechos de distintos grupos de seres humanos

Alcances de la Política de Inclusión: amortiguar consecuencias negativas

¿Cómo abordar la Inclusión?

Enfoque de Derechos

- Responder a las necesidades de las PcD no es un problema técnico sino una cuestión de derechos humanos y un problema político:
 1. Las personas nacen iguales en dignidad y derechos;
 2. Es obligación del Estado respetar, proteger y hacer efectivos los derechos de las PcD;
- Convención sobre Derechos de las PcD:
“NADA SOBRE NOSOTROS SIN NOSOTROS”

Fundamentos de un Plan de Inclusión Social de las PcD

- 1º PcD, ser humano igual en dignidad y derechos que los demás;**
- 2º Con una condición de salud (déficit funcional o corporal) que requiere medidas específicas para garantizarle el goce y ejercicio de los derechos, en igualdad de condiciones que el resto de las personas.**

Plan de Inclusión Social

- **Desafío:** avanzar hacia la construcción de una sociedad capaz de responder a la diversidad humana, lo que exige un cambio social profundo.

Dos Ejes de Trabajo:

1. Modificar las actitudes y prácticas de estigmatización y discriminación hacia las PcD, factor principal de exclusión, y
2. Transformar y ajustar el entorno físico y social para facilitar la plena participación de las PcD en todos los ámbitos de la vida social

Propuestas Generales

1º. Acciones Antiestigma

Eliminación de actitudes y prácticas estigmatizadoras y discriminatorias presentes desde la familia hasta las políticas públicas.

(De partida, la propia expresión “discapacidad” es estigmatizante)

Propuestas Generales

2º. Transformación/Ajustes del entorno físico y social

Según CDPD:

Generar gradualmente condiciones que aseguren igualdad de oportunidades para las PcD, mediante la implementación de entornos, políticas, programas y productos con diseño universal y/o ajustes razonables para todas las PcD.

Propuestas Generales

No conceder a una PcD “ajustes razonables” equivale a discriminación por motivos de discapacidad.

“Ajustes razonables”:

Dar facilidades, efectuar adaptaciones o tomar medidas en la organización de un ambiente de trabajo, un **servicio de salud**, un establecimiento docente, un servicio de transporte, a fin de **eliminar los obstáculos** que impidan a una PsD participar en una actividad o recibir servicios en igualdad de condiciones con los demás.

¿Cómo se aplica lo anterior a las PcD psíquica?

Énfasis en la Salud Mental

Discapacidad Psíquica y Salud Mental

Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en Chile.

1. El 22% de la población ha experimentado algún trastorno en los últimos 12 meses, los que contribuyen de manera significativa a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura.
2. Los trastornos neuropsiquiátricos responsables de un 23 % de la carga de enfermedad en el país.
3. “Una de cada tres personas en Chile sufrirá un problema de salud mental durante su vida”.

Fuente: MINSAL. Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe. Junio, 2014. Página 27 y “Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante” Mayo 2011.

Discapacidad Psíquica y Salud Mental

4. Los trastornos por ansiedad son los trastornos de mayor prevalencia.
5. Depresiones mayores: trastornos específicos más prevalentes: 9,2% en la vida y 5,7% en un año.
6. Trastornos por consumo de alcohol y drogas: alta prevalencia, 11% y 8,1%, respectivamente.
7. Una apreciable proporción de la población presenta trastornos moderados, 5.5%, y severos, 3,3%”[\[1\]](#)

[\[1\]](#) VICENTE P, Benjamín; KOHN, Robert; SALDIVIA B, Sandra y RIOSECO S, Pedro. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. Rev. méd. Chile [online]. 2007, vol. 135, n.12

Discapacidad Psíquica y Salud Mental

Hay un subgrupo de trastornos mentales que afectan profundamente el funcionamiento habitual de las personas que los experimentan:

Depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad, trastorno de pánico, estrés post-traumático, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno dual, epilepsia

todos potencialmente susceptibles de generar una discapacidad psíquica, temporal o permanente.

Discapacidad Psíquica y Salud Mental

Consecuencias para la vida de las personas que los experimentan:

- 1º Dificultades para realizar actividades a nivel de su funcionamiento cotidiano:** higiene personal, vestuario, autonomía personal, control de la conducta e impulsos, pérdida de iniciativa, etc.
- 2º Restricciones para interrelacionarse y participar activamente en su entorno familiar, comunitario y social:** tendencia al aislamiento, pérdida de vínculos y relaciones sociales, abandono escolar, pérdida del empleo, desincentivo para integrarse en organizaciones sociales, etc.

Discapacidad Psíquica y Salud Mental

Si a estas dificultades y restricciones se agregan condiciones sociales adversas:

pobreza, estigmatización y discriminación, abandono familiar, dificultades para acceder oportunamente a atenciones integrales de salud mental y/o deficiente calidad de éstas, ausencia de redes de apoyo, falta de vivienda, etc.

Es altamente probable que dicha persona quede en situación de discapacidad y sus condiciones de vida tiendan a deteriorarse progresivamente (1).

(1) “Los trastornos mentales son responsables de hasta un 17% de la discapacidad a nivel global”. OMS. ‘Las Cargas de los Trastornos Mentales’, informe elaborado a partir de la encuesta Mundial de Salud Mental (WMH), realizada a más de 150.000 personas de 24 países.

Discapacidad Psíquica y Exclusión Social

Doble implicancia:

- 1. Las personas en condiciones de exclusión social** (pobreza, desempleo, condiciones de vida precarias o en situación de calle, madre adolescente o padre/madre soltera, etc.) **poseen un mayor riesgo de discapacidad psíquica.**
- 2. Una PcD psíquica puede quedar progresivamente excluido de la sociedad** debido a: pérdida de su trabajo, disminución de sus ingresos, retiro del sistema educacional, menor acceso a servicios de salud, dificultades para mantenerse en sus redes sociales, participar en su comunidad, etc.

Discapacidad Psíquica y Salud Mental

- La formulación de planes y programas para la inclusión social de las PcD psíquica requiere conocimientos detallados de este grupo objetivo en el cual se pretende intervenir
- Al presente no conocemos ningún diagnóstico específico que señale las principales características demográficas, sociales, económicas, distribución territorial, etc. de las PcD Psíquica.
- Elaborar dicho diagnóstico constituye un ejercicio previo a cualquier esfuerzo de planificación.

PROPUESTAS ESPECÍFICAS PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PcD PSÍQUICA

Dado que el estigma y la discriminación son factores decisivos en la exclusión social de las PcD psíquica

Área de Acción 1: Avanzar hacia la erradicación del Estigma y la Discriminación de las PcD Psíquica:

1. Desarrollo de actitudes e intervenciones respetuosas de parte de los integrantes de los equipos de salud mental, incluyendo el uso adecuado del diagnóstico, el apoyo y entrenamiento en técnicas de manejo del estigma en usuarios y familiares.

Avanzar hacia la erradicación del estigma y la Discriminación de las PcD Psíquica

- 2. Desarrollo de intervenciones educativas destinadas a erradicar el estigma, integradas en los planes y programas de estudios desde la enseñanza prebásica hasta cuarto medio, con continuidad a lo largo de toda la formación escolar.**
- 3. Desarrollo de planes y programas de educación y capacitación para: educadores, empleadores, profesionales de los medios de comunicación y ciudadanía en general**

Avanzar hacia la erradicación del estigma y la Discriminación de las PcD Psíquica

4. Promover y apoyar decididamente los procesos de empoderamiento de los usuarios, familiares y sus organizaciones, quienes están contribuyendo de manera fundamental a transmitir una imagen de ciudadanos activos que promueven la defensa de los derechos fundamentales, en general, y de las personas con problemas de salud mental, en particular.

Avanzar hacia la erradicación del Estigma y la Discriminación de las PcD Psíquica

5. Promover el establecimiento de vínculos y la participación de las PcD psíquica en sus contextos comunitarios cotidianos: empleo, educación, acceso a la vivienda, movimientos u organizaciones ciudadanas, entre otras.
6. Actuar prioritariamente a nivel local: rol principal de los departamentos y programas de la discapacidad de las Municipalidades.

Área de Acción 2: Salud Mental

Las dificultades de las personas con TMG para acceder en forma oportuna a atenciones de salud mental de calidad e integrales son un 2º factor de exclusión a resolver:

Es una exigencia ineludible para impedir o amortiguar la evolución discapacitante de los TMG.

Área de Acción 2: Salud Mental

El Estado debe otorgar prioridad política a la adopción de todas las medidas necesarias para asegurar la entrega de atención, cuidados y apoyo a las PcD psíquica en las Redes de Salud Mental comunitarias, de forma oportuna, con la más alta calidad posible, integrales, en condiciones de buen trato y de respeto de la dignidad de las personas con discapacidad psíquica.

Situación Actual Salud Mental

1. Cobertura de Servicios de SM incompleta;
2. Dotación de Equipos de SM en los dispositivos existentes en las Redes de SM incompletos

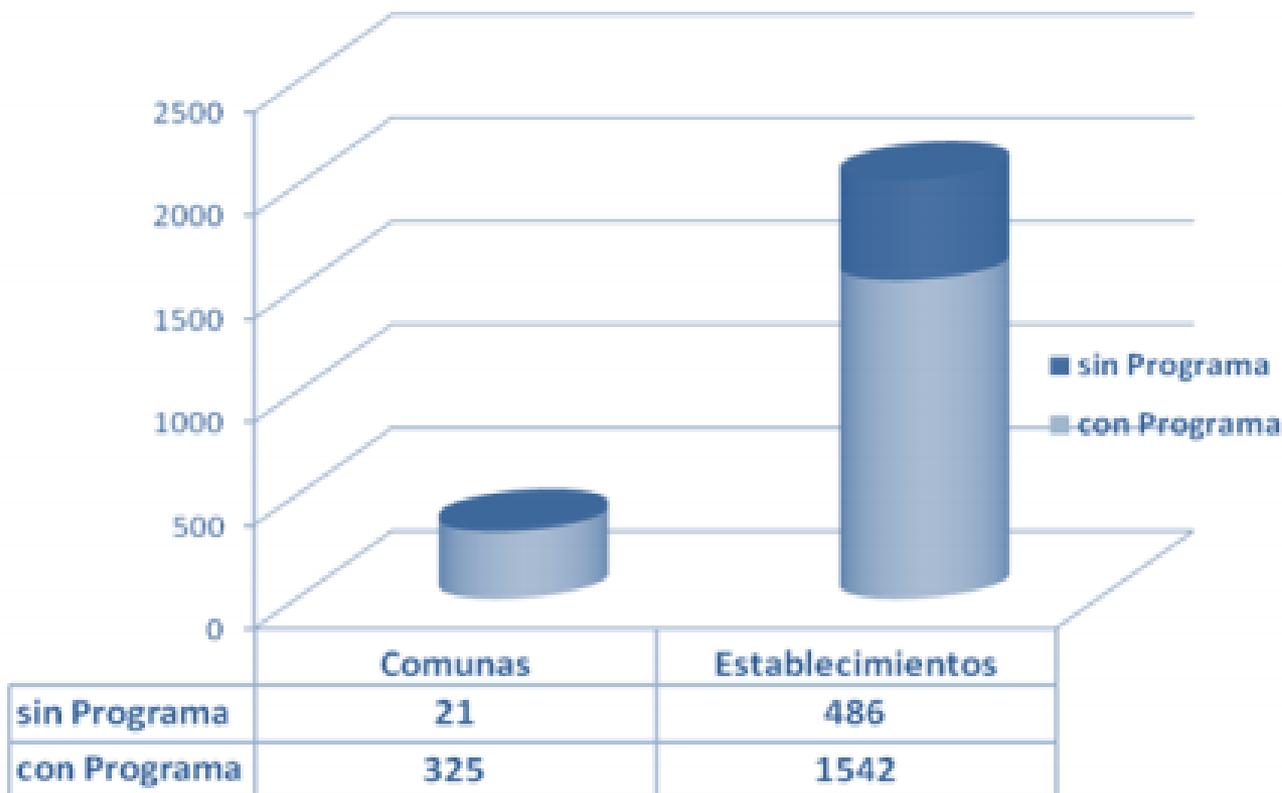
Consecuencias de estas brechas:

Deficiencias en la calidad de la atención de SM y TMG en:

Oportunidad, diagnósticos, tratamientos integrales de alta intensidad, cuidados continuos, derivaciones, seguimientos

Gráfico N° 16

Cobertura del Programa de Salud Mental en Comunas y Establecimientos APS. Chile 2011.



Salud Mental en Atención Primaria

Comunas sin programa: 6.1% **Establecimientos sin programa: 24%**

Fuente: Informe de Brechas de Recursos Humanos de Salud. Minsal, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Junio de 2012

Dispositivos de Atención de Especialidad Ambulatoria

| SERVICIO SALUD | CAE, CDT, CRS | Centros Comunitarios Salud Mental | Requerimiento por estandar equipos por 40.000 hab. | Brecha |
|-----------------------|---------------|-----------------------------------|--|------------|
| ARICA | 1 | 2 | 4 | 1 |
| IQUIQUE | 0 | 3 | 5 | 2 |
| ANTOFAGASTA | 1 | 4 | 9 | 4 |
| ATACAMA | 2 | 0 | 6 | 4 |
| COQUIMBO | 3 | 3 | 14 | 8 |
| VALPARAISO | 3 | 2 | 10 | 5 |
| VIÑA | 3 | 2 | 19 | 14 |
| ACONCAGUA | 2 | 0 | 5 | 3 |
| O'HIGGINS | 4 | 5 | 17 | 8 |
| MAULE | 3 | 2 | 22 | 17 |
| ÑUBLE | 1 | 2 | 10 | 7 |
| CONCEPCION | 1 | 4 | 12 | 7 |
| ARAUCO | 0 | 4 | 4 | 0 |
| TALCAHUANO | 3 | 1 | 7 | 3 |
| BIO-BIO | 1 | 0 | 8 | 7 |
| ARAUCAN. NORTE | 2 | 0 | 4 | 2 |
| ARAUCAN. SUR | 3 | 4 | 15 | 8 |
| VALDIVIA | 1 | 2 | 8 | 5 |
| OSORNO | 1 | 1 | 5 | 3 |
| RELONCAVI | 1 | 2 | 9 | 6 |
| CHILOE | 2 | 0 | 4 | 2 |
| AYSEN | 2 | 0 | 2 | 0 |
| MAGALLANES | 2 | 1 | 3 | 0 |
| M. NORTE | 2 | 8 | 15 | 5 |
| M. CENTRAL | 1 | 4 | 15 | 10 |
| M. SUR | 3 | 5 | 23 | 8 |
| M. ORIENTE | 4 | 8 | 16 | 4 |
| M. OCCIDENTE | 4 | 9 | 24 | 11 |
| M. SUR ORIENTE | 3 | 8 | 27 | 16 |
| TOTAL NACIONAL | 59 | 86 | 324 | 170 |

Brecha dispositivos atención especialidad ambulatoria: 52.5%

| SERVICIO SALUD | HOSPITALES DIURNOS | | | | | |
|-----------------------|--------------------|--------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------|---------------------|
| | Adultos | Adolescentes | estandares plazas | | brecha | |
| | N° de Plazas | N° de Plazas | estandar adulto x 7000 usuarios | estandar adolescente x 7.000 usuarios | plazas adultos | plazas adolescentes |
| ARICA | 20 | | 16 | 7 | 4 | -7 |
| IQUIQUE | 20 | 10 | 21 | 10 | -1 | 0 |
| ANTOFAGASTA | 30 | | 34 | 15 | -4 | -15 |
| ATACAMA | 25 | | 22 | 11 | 3 | -11 |
| COQUIMBO | 35 | 15 | 57 | 25 | -22 | -10 |
| VALPARAISO | 80 | | 41 | 16 | 39 | -16 |
| VIÑA | 48 | 10 | 79 | 30 | -31 | -20 |
| ACONCAGUA | 10 | | 21 | 9 | -11 | -9 |
| O'HIGGINS | 34 | 12 | 69 | 29 | -35 | -17 |
| MAULE | 60 | | 87 | 36 | -27 | -36 |
| ÑUBLE | 24 | | 42 | 17 | -18 | -17 |
| CONCEPCION | 18 | | 48 | 19 | -30 | -19 |
| ARAUCO | 15 | | 14 | 6 | 1 | -6 |
| TALCAHUANO | 30 | 15 | 30 | 12 | 0 | 3 |
| BIO-BIO | 14 | | 33 | 14 | -19 | -14 |
| ARAUCAN. NORTE | 25 | | 18 | 7 | 7 | -7 |
| ARAUCAN. SUR | 20 | | 58 | 26 | -38 | -26 |
| VALDIVIA | 21 | | 32 | 14 | -11 | -14 |
| OSORNO | 12 | | 20 | 8 | -8 | -8 |
| RELONCAVI | | | 33 | 15 | -33 | -15 |
| CHILOE | 15 | | 15 | 6 | 0 | -6 |
| AYSEN | 15 | | 7 | 3 | 8 | -3 |
| MAGALLANES | 25 | | 12 | 4 | 13 | -4 |
| M. NORTE | 0 | | 58 | 27 | -58 | -27 |
| M. CENTRAL | 15 | | 63 | 24 | -48 | -24 |
| M. SUR | 36 | 15 | 91 | 38 | -55 | -23 |
| M. ORIENTE | 25 | | 66 | 20 | -41 | -20 |
| M. OCCIDENTE | 20 | | 97 | 41 | -77 | -41 |
| M. SUR ORIENTE | 43 | | 107 | 47 | -64 | -47 |
| TOTAL NACIONAL | 735 | 77 | 1293 | 535 | -558 | -458 |

Gobierno de Chile / Ministerio de Salud

Brechas Plazas Hospitales de día

Adultos: 43.2% Adolescentes: 85.6%

Atención Cerrada Adultos

| SERVICIO SALUD | Camas Corta Estadía Adultos | REQUERIDO | BRECHA |
|-----------------------|--------------------------------|-------------|-------------|
| ARICA | 24 | 16 | 0 |
| IQUIQUE | 24 | 21 | 0 |
| ANTOFAGASTA | 40 | 34 | 0 |
| ATACAMA | 6 | 22 | -16 |
| COQUIMBO | 12 | 57 | -45 |
| VALPARAISO | 59 | 41 | 0 |
| VIÑA | 0 | 79 | -79 |
| ACONCAGUA | 22 | 21 | 0 |
| O'HIGGINS | 11 | 69 | -58 |
| MAULE | 11 | 87 | -76 |
| ÑUBLE | 26 | 42 | -16 |
| CONCEPCION | 46 | 48 | -2 |
| ARAUCO | | 14 | -14 |
| TALCAHUANO | 8 | 30 | -22 |
| BIO-BIO | | 33 | -33 |
| ARAUCAN. NORTE | 8 | 18 | -10 |
| ARAUCAN. SUR | 32 | 58 | -26 |
| VALDIVIA | 20 | 32 | -12 |
| OSORNO | 21 | 20 | 0 |
| RELONCAVI | 18 | 33 | -15 |
| CHILOE | 9 | 15 | -6 |
| AYSEN | 9 | 7 | 0 |
| MAGALLANES | 23 | 12 | 0 |
| M. NORTE | 257 | 58 | 0 |
| M. CENTRAL | 5 | 63 | -58 |
| M. SUR | 44 | 91 | -47 |
| M. ORIENTE | 20 | 66 | -46 |
| M. OCCIDENTE | 28 | 97 | -69 |
| M. SUR ORIENTE | 42 | 107 | -65 |
| TOTAL NACIONAL | 825 | 1293 | -716 |

Brechas Camas Corta Estadía Adultos: (1) 36.2 % (2) 55.4 %

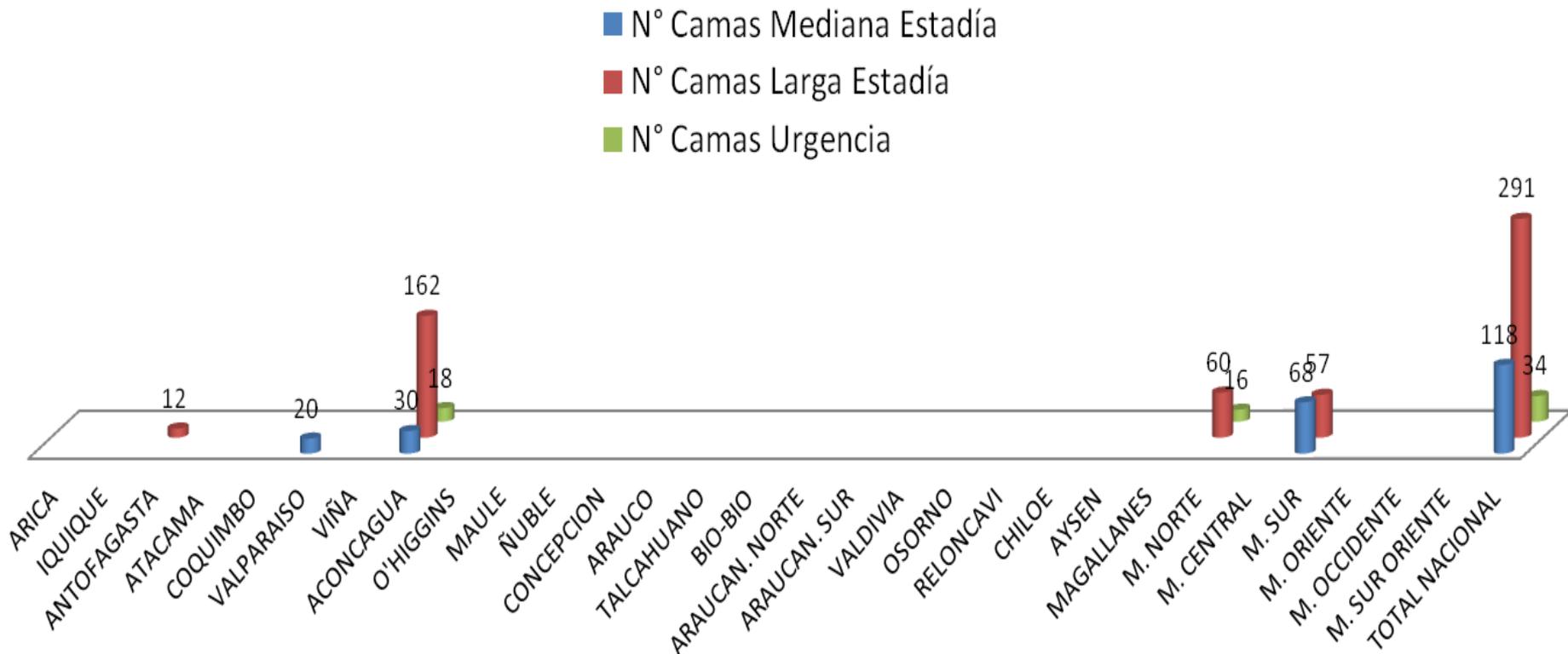
Atención Cerrada Adolescentes

| SERVICIO SALUD | N° Camas Corta Estadía Adolescentes | Requerido | BRECHA |
|-----------------------|-------------------------------------|------------|-------------|
| ARICA | | 8 | -8 |
| IQUIQUE | 14 | 10 | 4 |
| ANTOFAGASTA | | 17 | -17 |
| ATACAMA | | 11 | -11 |
| COQUIMBO | | 29 | -29 |
| VALPARAISO | | 21 | -21 |
| VIÑA | | 39 | -39 |
| ACONCAGUA | | 11 | -11 |
| O'HIGGINS | 4 | 35 | -31 |
| MAULE | | 44 | -44 |
| ÑUBLE | | 21 | -21 |
| CONCEPCION | 8 | 24 | -16 |
| ARAUCO | | 7 | -7 |
| TALCAHUANO | 6 | 15 | -9 |
| BIO-BIO | | 17 | -17 |
| ARAUCAN. NORTE | | 9 | -9 |
| ARAUCAN. SUR | 14 | 29 | -15 |
| VALDIVIA | | 16 | -16 |
| OSORNO | | 10 | -10 |
| RELONCAVI | | 17 | -17 |
| CHILOE | | 7 | -7 |
| AYSEN | | 4 | -4 |
| MAGALLANES | 4 | 6 | -2 |
| M. NORTE | 53 | 29 | 24 |
| M. CENTRAL | 2 | 32 | -30 |
| M. SUR | | 45 | -45 |
| M. ORIENTE | 8 | 33 | -25 |
| M. OCCIDENTE | | 49 | -49 |
| M. SUR ORIENTE | 12 | 53 | -41 |
| TOTAL NACIONAL | 125 | 646 | -521 |

Brecha Camas Corta Estadía Adolescentes: 80.7 %

Atención Cerrada

CAMAS MEDIANA, LARGA ESTADIA y URGENCIA



Camas mediana estadía= 118

Camas de Urgencia= 34

Camas Larga estadía=291

RED FORENSE

■ UEPI ■ Med.Complejidad Adultos ■ UHCE Adol.CIP ■ Med.Complejidad Adol. ■ Alta Complejidad

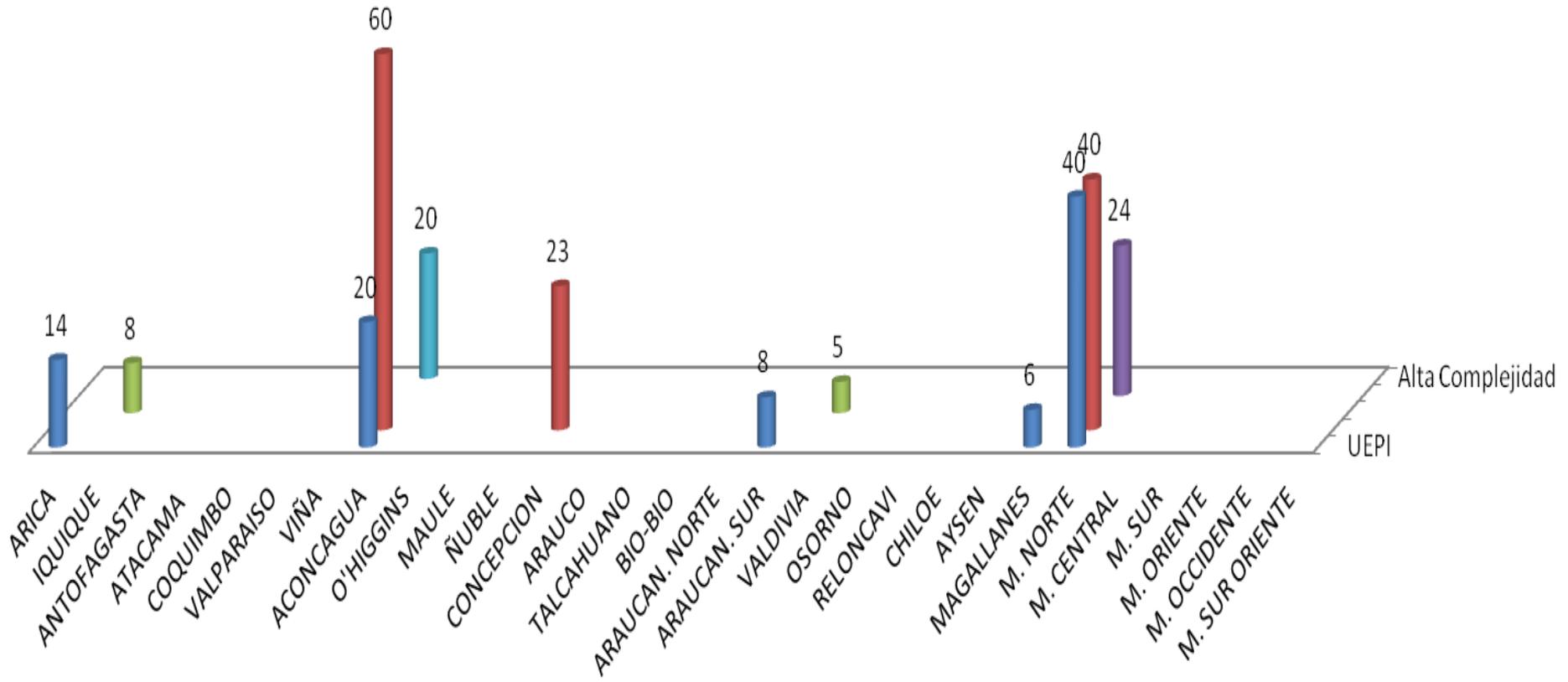


Tabla N° 22**Número de Equipos de Salud Mental Ambulatoria Necesarios por Servicio de Salud (al año 2012) por Estándar**

| <i>Servicio de Salud</i> | <i>Número de equipos incompletos</i> |
|--------------------------|--------------------------------------|
| M. Suroriente | 17 |
| Maule | 16 |
| Viña | 14 |
| O'Higgins | 13 |
| M. Sur | 12 |
| M. Occidente | 11 |
| Coquimbo | 10 |
| Araucanía Sur | 10 |
| Ñuble | 8 |
| M. Central | 7 |
| M. Oriente | 7 |
| Concepción | 7 |
| Valparaíso | 7 |
| Reloncaví | 6 |
| Bío Bío | 6 |
| Valdivia | 6 |
| Antofagasta | 5 |
| Atacama | 4 |
| Aconcagua | 4 |
| Araucanía Norte | 3 |
| Iquique | 3 |
| Chiloé | 3 |
| Arauco | 2 |
| Osorno | 2 |
| Arica | 1 |
| Aysén | 1 |
| Talcahuano | 0 |
| Magallanes | 0 |
| M. Norte | 0 |
| Total | 183 |

Fuente: Unidad de Salud Mental, División de Gestión de Redes Asistenciales.

N° de equipos de SM ambulatoria incompletos: 183

Tabla Nº 24

Brecha Nacional de Recursos Humanos en hospitalización de corta estadía Adultos, correspondiente a la disponibilidad actual de camas, por categoría de Personal.

| Categorías de Personal | Nº de horas | Nº Jornadas equivalentes 44 horas |
|-------------------------------|--------------------|--|
| Psiquiatra Adulto | -688 | -15.6 |
| Psicólogo | -3,281 | -74.6 |
| Enfermera | -3,261 | -74.1 |
| Asistente Social | -565 | -12.8 |
| Terapeuta Ocupacional | -2,431 | -55.2 |
| Técnico en Rehabilitación | -1,389 | -31.6 |
| Técnico Paramédico | -14,871 | -338.0 |
| Auxiliar de Servicio | -406 | -9.2 |
| | -26,892 | -611.2 |

Fuente: Unidad de Salud Mental, División de Gestión de Redes Asistenciales. Subsecretaría de Redes. 2012.

Nº de Horas equipos actuales UHCE adultos= - 26.892

Nº Jornadas equivalentes 44 horas= - 611.2

PROPUESTAS ESPECÍFICAS ÁREA SALUD MENTAL

- I. **Formular Política y nuevo Plan Nacional de Salud Mental**
 1. Revisar y actualizar objetivos y diseño del Subsistema Nacional de Salud Mental, considerando: cambios demográficos, epidemiológicos y avances del conocimiento en materia de salud mental.
 2. Formular un nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2015-2025 en el que se plasme efectivamente lo contemplado en la CDPD en cuanto a:

Plan Nacional de Salud Mental 2015-2025

2.1 Artículo 25 (Salud):

- Derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad;
- Prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
- Proporcionar esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;
- Profesionales de la salud que presten atenciones a las PcD de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, etc.

Plan Nacional de Salud Mental 2015-2025

2.2 Artículo 26. Habilitación y Rehabilitación

“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”.

Objetivos del Plan Nacional de SM

1. Completar Cobertura territorial de Servicios de Salud Mental;
2. Completar Dotación de equipos de SM en los dispositivos de atención existentes;
3. Mejoramiento continuo de la Calidad de las atenciones de Salud Mental.

Acciones Prioritarias

1. Aumentar la capacidad de atención y el N° de camas de urgencias psiquiátricas en los Hospitales Generales de mediana y alta complejidad con UHCE (dotación actual: 34 camas de urgencia)
2. Eliminar progresivamente los déficits de atención integral en las Redes de Salud Mental comunitaria del país, asegurando equidad territorial y coherencia operativa.
3. Diseñar e implementar dispositivos orientados a entregar atención, cuidados y apoyos a personas con dificultades graves no posibles de insertar en dispositivos comunitarios.
4. UEPI

Acciones Prioritarias

5. **Definir el rol de los tres hospitales psiquiátricos** actuales en la transición a la plena implantación del Modelo de SM comunitaria, considerando:
 - **Sustitución gradual de camas corta estadía de los hospitales psiquiátricos**, una vez habilitadas las UHCE en Hospitales Generales Mediana y Alta C.
 - **Implementación de U. Hospitalización Mediana Estadía.**
 - **Desarrollo de Tratamientos especializados de patologías graves y complejas** (trastornos duales, del desarrollo, psiquiatría geriátrica, etc.)
 - **Especialización en Psiquiatría forense**
 - **Apoyos al desarrollo de las Redes de SM** (no solo de sus propios territorios)

Acciones Prioritarias

6. **Actualización de Normas Técnicas** considerando el actual marco jurídico (CDPD, Ley Antidiscriminación, Normas de Inclusión Social y Ley Derechos y Deberes en la atención de Salud).
7. **Extender aplicación de Normas** (una vez actualizadas) a **Hogares y Residencias Protegidas privadas** y la cobertura de supervisión de parte de los Servicios de Salud correspondientes (violación sistemática de los derechos de las PcD psíquica: casos Reumen, Paine, T. Vial, Clínica Gaete) (Aplicar Ley de Derechos y Deberes).
8. **Capacitación en DD.HH y en el Modelo Social de la Discapacidad** de todo el personal que trabaja en Salud Mental.

Acciones Prioritarias

9. Diseñar una nueva política de concesiones y administración de Hogares y Residencias protegidas, eliminando la licitación pública de personas (caso R. Santa Daniela). Además, ampliar la utilización de viviendas de propiedad estatal, antiguas (M. de Bienes Nacionales) o nuevas (replicar el Programa de Viviendas Protegidas para Adultos Mayores)
10. Capacitación formal de Monitores/as de Residencias y Hogares Protegidos
11. Desarrollo de un Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos

PROPUESTAS ESPECÍFICAS PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PcD PSÍQUICA

II. Ley de Salud Mental

Elaborar propuesta de Ley de Salud Mental con amplia participación de la Sociedad Civil y Organizaciones de y para PcD psíquica;

Dos elementos básicos en la Ley:

1. Obligatoriedad de ejecución del Plan Nacional de Salud Mental
2. Asegurar financiamiento progresivo.

Incremento Presupuesto Salud Mental: Una Decisión Política

Figura 1.2. Porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (%) a lo largo de los años



PROPUESTAS ESPECÍFICAS

III. La Familia

- Considerar la transición demográfica (familias nucleares; unipersonales, monoparentales...) y
- Los efectos de la desinstitucionalización e implantación del Modelo de SM Comunitaria: aumento de responsabilidades de la familia sin tener la preparación adecuada (impactos devastadores, sobreexigencias, crisis,...)

Acciones: Apoyar y fortalecer integralmente a las familias de las PcD psíquica de manera continua, comenzando al momento que ocurre el primer episodio del TMG con acciones de psicoeducación, intervenciones psicofamiliares, apoyo económico (financiamiento del cuidador familiar), generar dispositivos de descanso del cuidador, asignación de cuidadores externos temporales, etc.

PROPUESTAS ESPECÍFICAS

IV. Mejorar la Coordinación Institucional

- Entre Senadis, Senama, Sernam (hoy con categoría de Ministerio) y Sename (unificar políticas, ej. Hogares y Residencias...)
- Entre Senadis y los Ministerios de Salud, Trabajo, Educación, Vivienda, Bienes Nacionales...(las soluciones son transversales)
- Entre Senadis y las distintas Municipalidades del país a través de sus Departamentos o Programas de la Discapacidad (nivel local).
- Posicionar a SENADIS como ente rector en materia de discapacidad otorgándole rango ministerial a la Dirección del Servicio como requisito previo (analizar la evolución histórica de Sernam y Conama).

GRACIAS