

Propuestas a la Subcomisión de Salud Mental, Cuidado y Dependencia

CORFADICH¹

I. Discapacidad²³ y Derechos Humanos

1. La Discapacidad es una cuestión de derechos⁴

Según el malogrado Censo de 2012, 12,9% de chilenos y chilenas, de todas las edades, vive con algún tipo de discapacidad, cifra prácticamente similar a la que arrojó la 1ª Encuesta Nacional de la Discapacidad efectuada en el año 2004 (ENDISC-2004), y que ascendía al 13%. En esa oportunidad, se señaló que de un total de 4.481.391 hogares, en 1.549.342 hogares vivía una persona con discapacidad, lo que equivalía al 34.6% de los hogares chilenos. En otras palabras, en uno de cada tres hogares chilenos hay al menos una persona con discapacidad.

En términos absolutos, más de dos millones cien mil personas están en situación de discapacidad en nuestro país. Si a este número sumamos sus familiares, podemos afirmar que más del 40% de la población chilena vive el problema de la discapacidad. Estas cifras muestran que las personas con discapacidad y sus familiares constituyen la minoría social más grande en el país, pero, podemos afirmar sin riesgo de equivocación, que hasta el momento esta minoría es prácticamente invisible a los ojos de la sociedad en general y ante el Estado en particular y es, precisamente, esta realidad, la que deseamos modificar.

Y esta modificación debe comenzar por el entender la discapacidad no como un déficit físico, fisiológico o funcional del individuo y tampoco como una desviación de lo que supuestamente es “normal”. Es necesario cuestionar radicalmente el considerar a las personas con discapacidad como un objeto que es “incompleto”, sin tomar en cuenta su valor e identidad como persona, con necesidades como cualquier otro ser humano. En síntesis, los orígenes de la discapacidad no se encuentran en la biología de las personas, sino en la existencia de una sociedad que se ha organizado por y para las personas que no presentan déficit funcional o en sus estructuras corporales. Es precisamente esta forma de interpretar la discapacidad la que ha sido y es cuestionada y rechazada por las organizaciones de personas con discapacidad y sus familias.

Hoy, las personas con discapacidad luchan por sus derechos y reclaman que se generen las condiciones sociales que les permitan tomar en sus propias manos las riendas de sus vidas. Actualmente, la lucha de las personas con discapacidad no es por lograr más o menos recursos o por más o menos asistencialismo de parte del Estado. Fundamentalmente, de lo que hoy se trata es remover el conjunto

¹ La Corporación de Familiares y Amigos de Personas Discapacitadas Psíquicas de Chile, CORFADICH, se formó originalmente el año 2007 con familiares de personas internadas en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak ubicado en Avenida La Paz 841, comuna de Recoleta, luego de una protesta ciudadana que se oponía a la disminución de los médicos de atención de urgencia en dicho recinto.

² “Discapacidad es un término baúl para déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales)”. CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. OMS, 2001. Página 173.

³ Por su parte, la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad describe el concepto de personas con discapacidad como “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”.

⁴ Para este punto se ha tomado como referencia la “Carta de Presentación del Movimiento D” de fecha Abril de 2014, documento suscrito por 12 organizaciones nacionales relacionadas con las diversas formas que asume la discapacidad en nuestro país: intelectual, auditiva, física, psíquica y visual.

de barreras u obstáculos físicos, ideológicos, sociales y políticos existentes en la sociedad que les impide a las personas con participar plenamente en ella y ser personas en toda su potencialidad.

Y uno de los principales obstáculos a remover son las prácticas estigmatizadoras y discriminadoras que se llevan a cabo en contra de las personas con discapacidad. La inclusión social de las personas con discapacidad es una consecuencia fundamental de la eliminación de los estigmas y las concepciones discriminatorias que muchas veces parten desde la propia familia inmediata, pero también se encuentran en el contenido de diversas políticas públicas.

Asimismo, es fundamental cambiar la perspectiva de cómo se formula una política de Estado sobre la discapacidad de modo de lograr que su contenido responda lo máximo posible a la realidad del problema, es decir, que apunte a resolver en la práctica los innumerables aspectos que implica para la persona y su familia el vivir y el convivir con la discapacidad. De lo que se trata, en definitiva, es elaborar una política de Estado sobre discapacidad e inclusión social de las personas con discapacidad que recoja el conocimiento práctico o la experiencia de quienes viven diariamente la discapacidad y la exclusión y anhelan, con o sin apoyo de sus familias, con mayor o menor grado de dependencia, con mayor o menor claridad, el entender, resolver, remover, superar, los diferentes obstáculos que existen actualmente en nuestra sociedad y en su entorno inmediato que les impiden llevar tanto una vida sana, en el sentido de disfrutar del mayor estado de bienestar físico y mental alcanzable, es decir, que puedan realizarse al máximo como seres humanos.

Nuestra lucha no es por pequeñeces: nuestra lucha tiene que ver, en primer lugar, con que en nuestra sociedad se reconozca y se asuma la existencia de ciertos valores intrínsecos a toda persona, independientemente de sus condiciones de salud, limitaciones o déficit. Aspiramos a llevar a su máximo nivel el respeto por la dignidad humana y los derechos de las personas con discapacidad, sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Nuestra lucha apunta a lograr la máxima autonomía posible de las personas con discapacidad, a recuperar la capacidad de decidir respecto de nuestras propias vidas, a eliminar cualquier tipo de barrera que impida lograr nuestra plena inclusión social.

La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD-2006), fue la respuesta de la comunidad internacional al largo historial de discriminación, exclusión y deshumanización de las personas con discapacidad. En ella se planteó la necesidad de avanzar en un proceso de generación de condiciones que asegurara igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, mediante la implementación de entornos, políticas, programas y productos con diseño universal o ajustes razonables⁵ para todas las personas con discapacidad. En otros términos, se buscaba que el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y de salud, las oportunidades de educación

⁵ “Los “ajustes razonables”, piedra angular de la legislación. La Convención dispone que el hecho de no conceder a una persona “ajustes razonables” equivale a discriminación por motivos de discapacidad. En consecuencia, toda definición legislativa de discriminación deberá incluir como acto de discriminación la denegación de ajustes razonables. Deberá hacerse referencia específica a la definición de “ajustes razonables” que figura en el artículo 2 de la Convención. La expresión “ajustes razonables” se conoce también como la obligación de dar facilidades, adaptarse o tomar medidas, o de efectuar modificaciones efectivas o adecuadas. Por ejemplo, conceder a una persona “ajustes razonables” significa efectuar adaptaciones en la organización de un ambiente de trabajo, un establecimiento docente, una instalación de atención médica o un servicio de transporte a fin de eliminar los obstáculos que impidan a una persona con discapacidad participar en una actividad o recibir servicios en igualdad de condiciones con los demás”. Manual para parlamentarios sobre la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo. Naciones Unidas, 2007. Páginas 66,67 y 70.

y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreación, se hicieran accesibles para todos.

Esta es la esencia de la lucha de las personas con discapacidad y sus organizaciones: el lograr un verdadero cambio social en nuestro país y no el conseguir pequeñas reivindicaciones puntuales. Para ello se hace necesario impulsar la expansión del movimiento de las personas con discapacidad y sus familiares y hacer florecer estas organizaciones en todo el país. Aspiramos a edificar un sólido movimiento nacional de la discapacidad partiendo desde lo local, permitiendo de esa manera el empoderamiento y la más amplia participación de las personas con discapacidad en el proceso de defensa y visibilización de sus derechos, únicas garantías de que se logre el pleno respeto de sus derechos y su plena inclusión social.

La vulnerabilidad actual de las personas con discapacidad es precisamente un indicador de la inequidad, la exclusión y desigualdad sociales existentes en nuestro país y muestra la gran contradicción existente entre, por una parte, los derechos ampliamente proclamados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmada y ratificada por el Estado chileno en Agosto del 2008, lo expresado en las Normas sobre Inclusión Social de las Personas con Discapacidad, en la Ley Antidiscriminación y en la Ley sobre Derechos y Deberes de las personas en su atención de salud y, por otra, su falta de aplicación efectiva por la institucionalidad actual.

Responder a las necesidades de las personas con discapacidad no es un problema técnico sino una cuestión de derechos y, por tanto, es una obligación del Estado proteger y garantizar el cumplimiento de esos derechos. Resolver la cuestión de la discapacidad es un problema esencialmente social y político. Y para nosotros es esencialmente político cuando en la misma Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad se recoge el eslogan “NADA SOBRE NOSOTROS SIN NOSOTROS”, lo que implica que no pueden haber políticas públicas sobre la discapacidad sin la participación en su definición de las personas con discapacidad y, más aun, no se puede hablar de una sociedad que ha alcanzado el desarrollo si no es capaz de garantizar y proteger los derechos de las personas con discapacidad.

2. La Discapacidad como un tema de Estado

Tal como se señaló anteriormente, las personas con discapacidad y sus familiares constituyen la minoría social más grande en el país. No obstante, el reconocimiento de este hecho, su valoración y su consideración como un problema social cuya magnitud y múltiples efectos amerita la mayor atención a nivel del Estado es algo reciente.

Posterior a la ratificación de la CDPD (Agosto 2008), el 10 de febrero del 2010 entró en vigencia la Ley N° 20.422 que estableció Las Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad. Mediante ella se creó el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), continuador legal del Fondo Nacional de la Discapacidad, con la misión de “velar por la igualdad de oportunidades, la inclusión social, el respeto de los derechos, la participación en el diálogo social y la accesibilidad de las personas con discapacidad y su entorno, a través de la asesoría, coordinación intersectorial y ejecución de políticas públicas”.

Considerando el nuevo enfoque social de la discapacidad, se hizo indispensable que se establecieran Planes y Programas para la Discapacidad basados en una Política Nacional de la Discapacidad. Formular esta Política Nacional fue abordada por el SENADIS entre los años 2011 y 2012, llevando a cabo en todo el país encuentros ciudadanos en que se discutieron las diversas demandas de las personas con discapacidad, representadas por ellas mismas y por instituciones de la sociedad civil para personas con discapacidad. Durante los años mencionados, en total se realizaron 16 Diálogos Participativos en

las 15 regiones del país, participando en ellos 1.400 representantes de organizaciones de y para personas con discapacidad y organismos públicos relacionados con el tema.

El resultado de ese trabajo fue el documento denominado Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad para el período 2013-2020, entregado con fecha 2 de diciembre de 2013, y en el que se adoptó el modelo social de discapacidad y todos los principios y derechos contenidos en la Convención Internacional de Derechos de las PcD. En su momento, Corfadich reconoció el gran esfuerzo desplegado por Senadis y sus distintos funcionarios en su elaboración y, en el momento actual, (Febrero de 2015) valora altamente el hecho que la Comisión Asesora Presidencial haya considerado este documento como un insumo fundamental para su trabajo destinado a Diseñar y Proponer un Plan Nacional de Inclusión Social de Personas en Situación de Discapacidad 2015- 2025. Estimamos que ésta es precisamente la forma de ir avanzando hacia el posicionamiento político del problema de la discapacidad como un tema de Estado, tal como lo exige la CDPD. Y, al respecto, queremos destacar además que no sólo es importante la participación de las Organizaciones de familiares y PcD en la formulación del Plan Nacional de Inclusión Social con un enfoque de derechos, y los correspondientes Programas que de él surjan, sino también en la supervisión de su cumplimiento y en sus evaluaciones periódicas.⁶

Por otra parte, estimamos necesario que los objetivos, lineamientos y propuestas específicas que contenga el Plan Nacional de Inclusión Social de PcD tengan, posteriormente, su expresión en el nivel local. Es en la comunidad donde se despliega la vida cotidiana de las PcD y es justamente en este nivel dónde menos iniciativas existen para promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los Derechos de las PcD y avanzar hacia su inclusión social. Es en el nivel comunal donde deben plasmarse los distintos programas gubernamentales para remover las barreras y obstáculos que impiden la inclusión social de las PcD y aquí las autoridades municipales tienen la mayor responsabilidad. El nivel local es la instancia ideal para el diálogo entre la institucionalidad y las organizaciones de y para las PcD con miras a eliminar los distintos factores de exclusión que operan habitualmente.

II. Salud Mental, Discapacidad Psíquica y Exclusión Social

1. Salud Mental y Discapacidad Psíquica.

Nuestro país presenta altas tasas de enfermedades mentales, como lo demuestran distintos estudios e indicadores. Las siguientes antecedentes nos permiten tener una visión rápida del significativo problema de salud mental que afecta a la sociedad chilena:

“Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en Chile. El 22% de la población alcanza los criterios para haber experimentado alguno de estos trastornos en los últimos 12 meses, los que contribuyen de manera significativa a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Los trastornos neuropsiquiátricos son responsables de un 23 % de la carga de enfermedad en el país. Constituyen por tanto, un muy importante problema de salud pública.”⁷

⁶ “**ARTÍCULO 33:** Aplicación y seguimiento nacionales. 3. La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento”.

⁷ MINSAL. Sistema de Salud Mental de Chile. Segundo Informe. Junio, 2014. Página 27

“Una de cada tres personas en Chile sufrirá un problema de salud mental durante su vida. Estos problemas se presentan tempranamente: al menos un 16% de los niños en edad escolar en Chile presentan un trastorno que ameritaría una intervención de especialidad”⁸.

“Casi un tercio de la población ha tenido trastornos psiquiátricos en su vida, y 22% durante el año previo. Los trastornos por ansiedad son los trastornos de mayor prevalencia. Las depresiones mayores constituyen uno de los trastornos específicos más prevalentes, 9,2% en vida y 5,7% en un año. Los trastornos por consumo de alcohol y drogas presentan también una alta prevalencia, 11% y 8,1%, respectivamente. Una apreciable proporción de la población presenta trastornos moderados, 5,5% y severos, 3,3%”⁹

“En Chile, se estima que 3.529.625 personas tienen el riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico durante su período de vida y 2.495.035 han presentado un trastorno psiquiátrico en los últimos doce meses”.¹⁰

“En Chile los trastornos neuropsiquiátricos contribuyen con el 31% de los AVISA, a través de todos los grupos de edad: este índice es uno de los más altos en el mundo”¹¹.

Del conjunto de trastornos de salud mental que se observan en nuestro país, existe un subgrupo de trastornos mentales que afectan profundamente el funcionamiento habitual de las personas que los experimentan, dentro del cual figuran la depresión mayor, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de ansiedad, el trastorno de pánico, el estrés post-traumático, el trastorno límite de la personalidad, la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno dual y la epilepsia, todos potencialmente susceptibles de generar una discapacidad psíquica temporal o permanente¹².

En efecto, los síntomas de esta clase de trastornos mentales habitualmente se expresan en alteraciones graves del pensamiento (ideas delirantes); alteraciones del estado de ánimo, como la depresión (situación de tristeza extrema, con falta de interés por la vida, angustia, sensación de incapacidad para hacer nada y postración, con alto riesgo de suicidio y falta de reactividad ante las circunstancias de la vida) o el estado de manía (estados persistentes de euforia, con insomnio, hiperactividad y trastornos del pensamiento y del comportamiento); alteraciones de la sensopercepción (frecuentemente de tipo auditivo); alteraciones neurocognitivas (alteraciones de las capacidades funcionales básicas de la vida psíquica, como la capacidad de concentrarse, mantener la atención, pensar ordenadamente, usar la memoria), y alteraciones de la conducta y del control de impulsos, entre otras.

Las consecuencias para la vida de las personas que experimentan estas alteraciones son diversas y se presentan, en primer lugar, como dificultades para realizar actividades a nivel de su funcionamiento

⁸ MINSAL. SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental. “**Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante**”. **Propuesta para una Construcción Colectiva. Documento de Trabajo**. Mayo 2011. Esta cifra es muy superior a las que entrega la OMS a nivel mundial y que es de una por cada cuatro personas.

⁹ 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 [citado 2015-02-19], pp. 1591-1599. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001200014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007001200014>.

¹⁰ Idem.

¹¹ La OMS estima que alrededor del 14% de la carga global de enfermedad se atribuye a trastornos neuropsiquiátricos, cifra notoriamente inferior a la que se observa en Chile.

¹² CORFADICH es una organización que se desempeña exclusivamente en el ámbito de la discapacidad psíquica. Dado que no poseemos experiencias concretas en relación a la discapacidad intelectual y la asociada a demencias, éstas no son abordadas en este documento.

cotidiano (higiene personal, vestuario, autonomía personal, control de la conducta e impulsos, pérdida de iniciativa, etc.) y, en segundo lugar, como 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.).

Si a estas dificultades y restricciones se agregan condiciones ambientales adversas en las que vive la persona o a las que debe enfrentarse (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 discapacidad¹³ y sus condiciones de vida tiendan a deteriorarse progresivamente.

Ahora bien, la formulación de planes y programas orientados a la inclusión de las personas con discapacidad requiere contar con un conjunto de conocimiento acerca de los grupos objetivos en los cuales se pretende intervenir. Este requisito constituye un primer gran desafío, pues si no se tiene un relativamente acabado conocimiento, tanto cuantitativo como cualitativo, del problema, ¿cómo formular planes y programas que sean efectivos y eficientes?.

Hasta el presente no conocemos ningún diagnóstico específico que señale las principales características demográficas, sociales, económicas, distribución territorial, etc. de las personas con discapacidad psíquica¹⁴. Por consiguiente, elaborar dicho diagnóstico constituye un ejercicio previo fundamental para los fines de diseñar medidas que permitan o faciliten efectivamente su inclusión social así como el medir la eficiencia del esfuerzo a realizar.

Aunque existe cierta dispersión y diferencias en los datos disponibles al respecto, es posible construirse una noción de la magnitud del problema a partir de las siguientes cifras:

1. De acuerdo a lo que informó la Endisc-2004, el 16,8% de las personas con discapacidad presentaban deficiencias intelectuales o psíquicas: el 9,0% de la población presentaba discapacidad intelectual y el 7.8% discapacidad psíquica.
2. Por su parte, la encuesta Casen-2011 también arrojó que las personas con discapacidad mental ascendían al 16.8% del total de personas con discapacidad, pero en proporciones distintas: 10.6% de personas con dificultades intelectuales y 6.2% con dificultades psiquiátricas.
3. Finalmente, y aceptando los datos aportados por el malogrado Censo de 2012, las personas con “discapacidad psiquiátrica, mental o intelectual” constituían el 17.6% del total de “personas con una o más discapacidades” y ascendían al 2.2% de la población total, con un total de 373.545 personas. Respecto de esta última información, no fue posible desagregar las cifras para dimensionar la cuantía de personas con discapacidad psíquica., aunque se puede inferir a partir de los datos de la Endisc-2004 y Casen-2011 que su magnitud puede estar comprendida entre 138.838 y 171.831 personas¹⁵.

¹³ “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.

¹⁴ Dentro del conjunto de Recomendaciones para promover la Inclusión Social de las personas con problemas de salud mental se plantea el “Incluir a las personas con problemas de salud mental a la hora de elaborar los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social en todos los países como un grupo aparte de las personas con otras discapacidades”. Recomendaciones para promover la Inclusión Social de las Personas con Enfermedad Mental. Informe Abreviado “De la exclusión a la inclusión”. El camino hacia la promoción de la inclusión social de las personas con problemas de salud mental en Europa”. 2008. MHE.

¹⁵ Los datos entregados muestran claramente la falta de antecedentes estadísticos que permitan dimensionar adecuadamente la discapacidad psíquica. En la realización del Censo 2012, con el propósito de identificar a las personas con discapacidad se incluyó en el cuestionario la pregunta N° 15: “¿Tiene usted alguna de las siguientes

2. Discapacidad Psíquica y Exclusión Social¹⁶

Entre discapacidad psíquica y exclusión social existe una doble implicancia, con un doble reforzamiento potencial de sus efectos negativos para la persona. Por una parte, las personas que viven en condiciones de pobreza, desempleo, malnutrición, condiciones de vida precarias o en situación de calle, ser madre adolescente o padre/madre soltera, pertenecer a algún grupo minoritario que es discriminado, etc., es decir, en condiciones de exclusión general, poseen un mayor riesgo de discapacidad psíquica. Por otra parte, una persona con discapacidad psíquica experimentará la pérdida de su trabajo, disminución de sus ingresos, menores o nulas posibilidades de adquirir una vivienda, retiro del sistema educacional, menor acceso a servicios de salud, dificultades para mantenerse en sus redes sociales y para continuar participando en la comunidad.

Apartadas de sus vínculos sociales más básicos, las personas con discapacidad psíquica deben enfrentar nuevas condiciones económicas y sociales que son más precarias, a las que se añaden el aislamiento y otras formas de exclusión social asociadas a la existencia de diversas conductas y prácticas sociales de estigmatización y discriminación.

Ciertamente, el estigma, la auto-estigmatización y la discriminación son factores que contribuyen decididamente a la exclusión social de las personas con discapacidad psíquica. Las experiencias relacionadas con el estigma muchas veces provienen de conductas que se originan en la propia familia (culpar a la pareja, esconder al familiar por vergüenza, no invitarlos a actividades sociales familiares, comportamientos de rechazo y evitación, etc.) y en la propia persona afectada (vergüenza, miedo a las relaciones interpersonales, sentimientos de inutilidad y de fracaso, inseguridad, etc.), y continúan ampliándose en otras áreas de la vida social y política, manifestándose incluso en el contenido de las políticas públicas, aunque en definitiva todas ellas responden a condiciones de ignorancia o inadecuados conocimientos del trastorno mental, a prejuicios (miedos, sentimientos de rechazo) y concepciones y conductas discriminatorias de imperantes¹⁷.

Pero, la estigmatización y discriminación no solo contribuyen a la exclusión social de las personas con discapacidad psíquica. Dadas las características de maltrato o abuso psíquico que revisten dichas

condiciones permanentes?”, en cuya letra C se señalaba: “Dificultad psiquiátrica, mental o intelectual”. Al respecto creemos importante señalar la conveniencia de separar claramente dentro de la categoría discapacidad mental las subcategorías discapacidad intelectual, demencias y discapacidad psíquica, ya que cada una de ellas responden a condiciones de salud radicalmente diferentes, se presentan en edades distintas, y provocan consecuencias en la vida de las personas que requieren respuestas (estrategias, políticas y programas de atenciones en salud mental, cuidados y apoyos) también sustancialmente distintas.

¹⁶ La exclusión social es el proceso por el que determinadas personas y grupos ven sistemáticamente bloqueado el acceso a los derechos básicos de ciudadanía (derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales). La exclusión contiene varias dimensiones: social, económica, política, cultural, relacional, digital, generacional y de género. Y se expresa también de formas diversas: pobreza, precariedad laboral y déficits educativos; discapacidad, dependencia y sobrecarga de tareas de cuidado en el hogar; discriminaciones por razón de género, orientación sexual, religión u origen étnico; debilitamiento de las relaciones comunitarias y ruptura de vínculos afectivos; fracturas de ciudadanía de base etnocultural; deficiente dotación de servicios básicos de calidad; pérdida de manifestaciones culturales.

¹⁷ “Estigma es un conjunto de actitudes habitualmente negativas que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o “marca” que permite diferenciarlos. El estigma conduce a la discriminación, la que se apoya en los prejuicios (predisposiciones emocionales) y en los estereotipos (conjunto de creencias en gran parte erróneas). Existe también la discriminación estructural, que se refleja en las políticas públicas, leyes y otras disposiciones de la vida social”. Informe de la Comisión sobre Estigma y Salud Mental. Primer Encuentro Nacional de Organizaciones de Familiares y Usuarios con Afecciones de Salud Mental. Santiago, 8 y 9 de Febrero de 2012

prácticas también pueden ser un factor de agravamiento del trastorno mental o dificultar la recuperación de la persona con discapacidad psíquica debido a los efectos negativos que tienen en los sentimientos, sensaciones y emociones de la persona afectada, e incluso deteriorar su salud física debido a estrés, surgimiento de úlceras estomacales, dolores de cabeza, alteraciones de la presión arterial, etc., o la aparición de problemas de salud mucho más graves, como problemas cardíacos.

III. Propuestas de acción para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad Psíquica

Mirados desde un punto de vista general, los problemas de la discapacidad y la exclusión social son la representación abstracta de dos fenómenos sociales multideterminados, cuyas superaciones exigen también soluciones multideterminadas, las cuáles deben estar obligatoriamente insertas en el marco de valores, principios y derechos contemplados, en primer lugar, en la Convención Internacional de los Derechos Humanos.

Área 1. Un nuevo Plan Nacional de Salud Mental junto con una Ley de Salud Mental.

Como se argumentó en el Punto II. 1, existe una estrecha relación existente entre Salud Mental y Discapacidad Psíquica, por lo que cualquier conjunto de iniciativas que tenga como propósito avanzar en un determinado período de tiempo hacia la inclusión social de las personas con discapacidad psíquica debe incluir necesariamente y en primer lugar definiciones respecto de las características que debe poseer el Subsistema de Salud Mental que se requiere para ello. La última vez que se realizó este ejercicio de diseño fue el año 2001, ocasión en que se formuló el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría para un horizonte de 10 años. En Junio de 2014 se publicó el segundo Informe de Evaluación del funcionamiento del Subsistema de Salud Mental chileno, exponiendo los avances y los aspectos no logrados.

Después de quince años de la formulación de dicho Plan, se requiere de manera urgente formular un Plan Nacional de Salud Mental cuyos objetivos respondan, por una parte, a los cambios demográficos y epidemiológicos que ha experimentado nuestra sociedad y, por otra, incorpore todos los avances producidos en materia de salud mental.

Paralelamente, y como complemento de este nuevo Plan de Salud Mental, se hace necesaria la promulgación de una Ley de Salud Mental para, en primer lugar, hacer obligatoria la ejecución de medidas, que deben figurar en el Plan de Salud Mental, tendientes a cumplir con el artículo 25 de la CDPD (“Salud”)¹⁸, y el Artículo 26 (“Habilitación y Rehabilitación”)¹⁹, y, en segundo lugar, asegurar los recursos necesarios para ir cerrando, anualmente, las brechas de atención actualmente existentes.

¹⁸ En el Artículo 25 de Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo se establece que “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. Es importante destacar que en el nuevo Plan de Salud Mental también se debe incorporar lo que se expresa en las letras (b), (c) y (d) del mismo artículo: “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;”

Área 2. Disminución de las brechas actuales en la atención de personas con discapacidad psíquica.

Diversos estudios han señalado la existencia de importantes brechas deficitarias en la atención de salud mental. No se dispone de información de la magnitud de dichos déficits y los efectos que ellos tienen en la evolución de las condiciones de salud de las personas con discapacidad psíquica y de aquellas que experimentan trastornos mentales graves potencialmente discapacitantes, aunque es posible hacer algunas deducciones al respecto a partir de información puntual disponible. En lo que sigue mostraremos algunos antecedentes y cifras disponibles que ilustran la actual situación:

- a) En 2005, sobre el 85% de las personas con algún diagnóstico en salud mental no recibieron tratamiento de especialistas. Más específicamente, esta situación afectó al 44% de las personas con psicosis no afectivas, al 50% de personas con trastorno bipolar, al 23% en los casos de trastorno de pánico, al 28% de personas diagnosticadas con trastorno obsesivo compulsivo, al 85% de personas con problemas de consumo y dependencia del alcohol y al 78% de personas con diversos cuadros depresivos (46.2% con depresión mayor)²⁰.
- b) Esta situación deficitaria afecta mayormente a las personas de menores recursos con trastornos mentales graves, aumentando el riesgo de deterioro y evolucionar hacia una situación de discapacidad psíquica. Los datos señalan que solo el 25% de las personas afectadas con trastornos mentales graves recibieron servicios especializados de atención.²¹
- c) El tiempo promedio de espera para la primera atención de psiquiatría es de 35 días en un Cosam, 29 días en un Centro de Referencia de Salud, 48.3 días en un CDT y de 47.6 días en un Consultorio adosado a hospital.²² A niveles regionales esta situación se presenta más grave, pues en Maule existen brechas de 498 horas de atención en psiquiatría adulto, de 396 horas de atención en psiquiatría adolescente, de 1.544 horas de atención de psicólogos y de 782 horas de atención de enfermería. En O'Higgins hay brechas de 101 horas de atención en psiquiatría adulto, 318 horas en psiquiatría adolescente, 1.648 horas en psicología y 741 horas de atención en enfermería.
- d) De acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental 2001-2010 debiera existir un Equipo de Salud Mental Comunitario por cada 50.000 personas, lo que implica que, en el presente año 2015, para una población estimada de 18 millones de habitantes tendrían que haber 360 equipos funcionando en el país en sus respectivos Centros de Salud Mental Comunitarios. En la actualidad (2012) sólo hay 83²³.
- e) Igualmente, en el Plan citado se establece la meta de instalar Hospitales de Corta estadía en cada uno de los Hospitales Generales de Alta y Mediana complejidad del país, cuyo número ascendía el 2010 a 84 unidades. De acuerdo a esta cifra, el número de Hospitales de Corta Estadía también debería ser de 84, pero actualmente solo hay 24, con un total de 491 plazas.

Las dificultades de las personas con trastornos mentales graves y discapacidad psíquica para acceder en forma oportuna a atenciones de salud mental de calidad son un factor de exclusión que debe resolverse

¹⁹ Artículo 26 de la CDPD: ““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.

²⁰ Ver “Salud Mental y Derechos Humanos: La Salud de Segunda Categoría”. En Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013. Centro de Derechos Humanos. Facultad de Derecho, UDP. Páginas 187 a 221.

²¹ Idem.

²² Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe, Junio 2014. Página 49.

²³ Idem.

prontamente si se quiere avanzar hacia la inclusión social de las personas con discapacidad. Pero, además constituye una exigencia ineludible para prevenir la evolución de patologías que son discapacitantes. En consecuencia, el Estado chileno debe adoptar medidas para asegurar una serie completa de servicios de atención y apoyo a la salud mental dentro de las Redes de Salud Mental comunitarias, de modo de responder oportunamente a los requerimientos de atenciones de salud, en condiciones de buen trato y de respeto de la dignidad de las personas con discapacidad psíquica.²⁴

2.1 Generar una mayor capacidad de entrega de atenciones y disponibilidad de camas para enfrentar las urgencias psiquiátricas, particularmente en los Hospitales Generales de Mediana y Alta complejidad. En la actualidad, la capacidad de entregar atenciones de urgencia psiquiátrica se concentra principalmente en el Instituto Horwitz y, en mucho menor medida, en las Unidades Hospitalización de Corta Estadía (UHCE), capacidad que, en la práctica, se ha mostrado insuficiente para atender la gran demanda por dichas atenciones. Por otra parte, dado que las UHME se encuentran insertas en los hospitales generales de mediana y alta complejidad, las solicitudes de atenciones de urgencia psiquiátrica tienden a resolverse de forma similar a las atenciones de urgencia relacionadas con la salud física, es decir, comparten las mismas salas de espera y se les aplica el mismo protocolo de registro y control físico. Después de ese paso, comienza la espera... Si el paciente está agitado y no hay psiquiatra en el recinto de urgencia, lo que suele suceder con frecuencia, existe el alto riesgo, después de una hora o más de espera, que la persona se vaya de la sala, y nadie pueda impedirselo. Lo que deseamos resaltar es que la urgencia psiquiátrica tiene la misma relevancia que una urgencia de salud física, aunque no sea visible para el personal paramédico que lo recibe. A nuestro entender, las atenciones de urgencia psiquiátricas requieren prioridad, más aún cuando en la práctica no compiten con otras atenciones de urgencia de tipo físico.

Por otra parte, en las unidades de urgencia de los hospitales generales de mediana y alta complejidad existe una dotación de camas que se utiliza para el ingreso de las personas en condición física grave y que requieren de intervenciones y hospitalización. Para los pacientes psiquiátricos no existen dichas camas o no se considera su utilización, salvo casos muy excepcionales en que personas con cuadros muy agudos se dejan en camillas en un box dentro de la Unidad de Urgencia en espera que se desocupe una cama en la UHCE, lo que puede demorar dos o tres días. Tenemos plena conciencia de la falta de camas de urgencia psiquiátrica y experimentamos fuertemente las consecuencias de ese hecho. No podemos seguir aceptando como respuesta, “traiga a su familiar nuevamente mañana y, si no hay cama, nuevamente pasado mañana. Mientras tanto le inyectaremos Alprazolam y Haldol y para la casa”.

Nuestra conclusión es que la creación de las UHCE exige resolver simultáneamente el déficit de camas de urgencia psiquiátrica existente en las unidades de urgencia de los hospitales generales y la permanencia de médicos psiquiatras de respuesta inmediata en ellas.

2.2 En segundo lugar, estimamos que el proceso para eliminar los déficits existentes en el Subsistema de Salud Mental Nacional exige que se vaya resolviendo la instalación de los diversos dispositivos que integran una Red de Salud Mental Comunitaria teniendo como objetivo principal asegurar, en los distintos territorios a intervenir, la alta coherencia operativa con que debe funcionar la Red y en

²⁴ Respecto de esto último, es evidente que la efectividad del derecho a la salud física y mental se logrará progresivamente de acuerdo a la disponibilidad de recursos, pero esto no debe significar estancamiento o retrocesos en la asignación de recursos, como ha ocurrido en los últimos años con el presupuesto destinado a salud mental, o retrocesos como indican las cifras del 2012 sino que, de acuerdo al principio de gradualidad, cada año deben aumentarse en términos reales los recursos destinados a acrecentar la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios y la creación de mejores condiciones para un mayor disfrute de salud física y mental.

especial con los Cosam. Frecuentemente, las personas con TMG y Discapacidad Psíquica no sólo deben enfrentar las carencias en cuanto a atenciones de salud psiquiátrica y de psicoterapia sino también respecto de sus procesos de rehabilitación. Asimismo, en muchas ocasiones las personas dadas de alta de su hospitalización no tienen asegurada, debido a la carencia de dispositivos en la Red, la continuidad de cuidados, los apoyos en rehabilitación, o la cabida en Hogares y Residencias protegidas.

2.3 En tercer lugar, observando el Subsistema de Salud Mental nacional y la centralidad que en él ocupa el modelo de salud mental comunitario, creemos necesario destacar dos situaciones que nos parece que aún no se resuelven adecuadamente en dicho modelo. Por una parte, se advierte la ausencia de dispositivos de atención y cuidados especiales de personas con trastornos psiquiátricos con déficits considerables en cuanto a sus habilidades sociales y de autocuidado, con tendencias a la agresividad física y conductas delictuales, que presentan problemas relacionados con el tráfico y consumo de sustancias y que rechazan todo tipo de tratamiento e inserción en dispositivos comunitarios, por ejemplo, una residencias protegida. Para estas personas, cuyo número estimamos para el país en 2550 (15 por cada 100.000 personas), no existen actualmente propuestas de solución. En la práctica, cierto porcentaje de ellos vive en la calle sin ningún tipo de tratamiento, en condiciones de alta vulnerabilidad y exhibiendo conductas de riesgo para sí y para otras personas.

Por otra parte, en todos aquellos casos de personas con patologías psiquiátricas de muy alta complejidad o gravedad, se requiere la intervención de equipos de altos niveles de formación y experiencia clínica, al igual que lo que sucede en otras enfermedades relacionadas con la salud física. Para estas últimas se cuenta, en el sistema de salud nacional, con los Institutos, es decir, Instituciones especializadas cuya función es precisamente atender patologías de alta complejidad, como son los Institutos del Tórax, de Traumatología, de Neurocirugía, del Cáncer, de Geriátrica, etc. En el campo de la Salud Mental, estimamos que se requiere una Institución similar cuya función sea brindar atención a personas con patologías altamente complejas o de reciente surgimiento (patologías duales, trastornos del desarrollo, demencias), y en la cual, además, se imparta docencia y se realicen actividades de investigación.

2.4 En cuarto lugar, la decisión de instalar UHCE en cada Hospital General de Corta Estadía ha estado acompañada de definiciones respecto de que “las unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estadía existentes en los hospitales psiquiátricos deben ser reemplazadas progresivamente por otras instaladas en hospitales generales”. Estando en principio de acuerdo con dicho lineamiento, estimamos de alta prioridad planificar adecuadamente la transición entre la situación presente y la situación final a la que se desea llegar plantea, manteniendo en operación las capacidades instaladas de hospitalizaciones de corta estadía actualmente existentes en los hospitales psiquiátricos hasta el momento en que sean efectivamente reemplazadas por las nuevas UHCE.²⁵

2.5 En quinto lugar, urge actualizar las Normas Técnicas y Reglamentos del Minsal de acuerdo al nuevo marco de derechos que involucra a personas con discapacidad psíquica, generado en Chile a partir del 2008.

En efecto, con posterioridad a la promulgación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo el año 2008, se han aprobado al menos tres cuerpos legales relativos a los derechos de las personas con discapacidad en general y, por tanto, a las personas con discapacidad psíquica en particular, y que son la Ley N° 20.422 de 10 de febrero de 2012, que establece Normas sobre la Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de

²⁵ Por ejemplo, el Instituto Horwitz tiene una capacidad instalada de 240 camas de corta estadía, lo que equivale a 10 UHCE. Su eliminación sólo sería posible a medida que se vayan construyendo las nuevas UHCE siguiendo un programa rigurosamente definido.

Personas con Discapacidad; la Ley n° 20.584 de 24 de abril de 2012, que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones vinculadas a su Atención en Salud y la Ley N° 20.609 de 24 de julio de 2012, que Establece medidas contra la Discriminación.

Por otra parte, las siguientes Normas Técnicas y Reglamentos del Minsal atañen a las Personas con Discapacidad Psíquica:

- Norma Técnica sobre Hogares Protegidos. Minsal, Octubre de 2000.
- Reglamento 570 para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan. Minsal, Enero 2001
- Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatría, Minsal, Julio 2003.
- Norma Técnica “Medidas de contención para personas con Enfermedad Mental en episodio de Agitación Psicomotora”, Minsal, 2003.
- Norma General Técnica N° 87 sobre Residencias Protegidas. Minsal, Junio 2006.
- Norma Técnica Rehabilitación Psicosocial para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad. Minsal, Septiembre de 2006.

Una primera conclusión a extraer de la información anterior es que las mencionadas Normas y Reglamento fueron promulgadas entre Octubre de 2000 y Septiembre de 2006 y, por tanto, es evidente que no consideran en sus contenidos todos y cada uno de los derechos claramente especificados en el nuevo marco jurídico ya mencionado. Más aún, en dichas Normas y Reglamentos se utiliza predominantemente como modelo de interpretación de la discapacidad el Modelo Bio-Médico, el que fuera sustituido explícitamente por el Modelo Social de la Discapacidad en al menos dos de los cuerpos normativos citados como son La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y las Normas para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad.

La importancia de este cambio conceptual es fundamental ya que mediante el Modelo Bío-médico todas las acciones de salud tenían como objetivo la “normalización” de la persona para posibilitar su integración a la sociedad, mientras que con el enfoque social de la discapacidad lo que se persigue es la aceptación y la adaptación de la sociedad a la diversidad humana creando las condiciones necesarias y suficientes para que se produzca la inclusión plena de las personas con discapacidad.

Según se estableció en el punto IV. “Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría” del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000-2010, el Departamento de Salud Mental es la unidad organizacional responsable de la “Distribución de Orientaciones y Normas Técnicas y Administrativas actualizadas, y de material de apoyo para usuarios, familiares y redes de servicios (página 15)”, función en la que también participan a nivel regional y territorial los Asesores de Salud Mental y las Unidades de Salud Mental de los Seremis y los Servicios de Salud mediante la “Adaptación y distribución de orientaciones, normas, y material de apoyo y asesoría”. Por consiguiente, están claramente establecidas las responsabilidades en cuanto a la actualización y la adaptación de las Normas y Reglamentos que involucran y afectan a las personas con discapacidad psíquica, cuestión que según las fechas entregadas no se ha hecho desde el año 2006, es decir, hace prácticamente ocho años atrás.

Es evidente que utilizar un marco de normas y reglamentos desactualizado, que no considera los derechos claramente establecidos en los cuerpos legales ya citados y que perpetúa en la práctica la concepción bio-médica de la discapacidad, sólo puede conducir a conductas y decisiones que vulneran los derechos de las personas con discapacidad psíquica.

2.6 En sexto lugar, junto con adoptar medidas para avanzar hacia la disminución de brechas en la atención de salud mental es de suma importancia hacer efectivo el cambio en la forma de interpretar la discapacidad psíquica, sustituyendo progresivamente las concepciones bio-médicas por la concepción social de la discapacidad. En la práctica, en distintos dispositivos de las Redes de Salud Mental aún

prevalece la aplicación del modelo bio-médico centrado en la enfermedad o el trastorno mental; más aún, existe la tendencia a abordar los procesos de tratamiento y rehabilitación de las personas dividiéndolos en etapas o fases desconectadas unas de otras con notorio predominio de lo psiquiátrico, situación que atenta principalmente en contra del carácter integral que deben tener las intervenciones de salud mental por parte de un equipo multidisciplinario, en concordancia con la concepción biopsicosocial del ser humano²⁶. En la realidad de los hechos, estas prácticas frecuentes no contribuyen en nada al desarrollo de procesos de inclusión social de las personas con discapacidad psíquica y, más bien, atentan contra ellos. Al respecto, creemos que cada persona que trabaje en el área de la salud mental, cualquiera que sea su posición dentro de los equipos de salud mental (médicos psiquiatras, psicólogos(as), enfermeros(as), terapeutas ocupacionales, técnicos paramédicos, auxiliares) debe estar fuertemente capacitada en derechos humanos, así como en la concepción social de la discapacidad.

2.7 En séptimo lugar, ampliar la fiscalización a los hogares y residencias protegidas privadas y extender la supervisión de parte de los Servicios de Salud al conjunto de hogares y residencias protegidas de su territorio.

De acuerdo al Plan Nacional de Salud Mental 2000-2010, los hogares y residencias protegidas son dispositivos de rehabilitación que forman parte de la Red de Salud Mental Comunitaria de cada Servicio de Salud^{27,28} y, como tales, debieran considerarse un recurso terapéutico de rehabilitación y de promoción y fomento de la autonomía e inclusión social de las personas con discapacidad psíquica. No obstante, y de acuerdo a nuestras experiencias, la mayoría de estos dispositivos con financiamiento público operan como meros dispositivos residenciales, sin que se lleven a cabo acciones efectivas destinadas a lograr, en base a un plan de trabajo individual, el mayor nivel posible de autonomía funcional, aumento de la autoconfianza, disminución de la autoestigmatización, y una mayor participación dentro de su comunidad.

También de acuerdo a nuestras experiencias, la mejor frase que caracteriza a los hogares y residencias protegidas es que “son un terreno de nadie”, es decir, funcionan sin fiscalización ni supervisión de ninguna entidad estatal, llámese Seremi, Servicios de Salud o Municipalidad; tampoco cumplen o sólo parcialmente con las Normas Técnicas N° 53 y 87 y, en consecuencia, tienden a reproducir el carácter de pequeños asilos, que es precisamente lo que se pretende erradicar con la desinstitucionalización y el egreso y traslado de las personas con discapacidad psíquica desde los hospitales psiquiátricos a dispositivos comunitarios.

Un último punto en esta área de acción tiene relación con la aplicación de las licitaciones públicas de los hogares y residencias protegidas con financiamiento público y los efectos negativos que este procedimiento puede provocar en las condiciones de vida de las personas con discapacidad psíquica en caso que el administrador correspondiente no participe de la licitación o la pierda. En esta situación, es altamente probable que las personas residentes en el hogar o residencia protegida deban trasladarse a

²⁶ La habilitación y la rehabilitación (artículo 26 de la CDPD) son los primeros pasos decisivos para que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente (artículo 19), tener movilidad en la sociedad (artículo 20) y desarrollar todas sus posibilidades. Por este procedimiento las personas con discapacidad adquieren y desarrollan aptitudes que les permitirán trabajar y obtener ingresos, tomar decisiones acertadas, contribuir a la sociedad y ejercer todos los demás derechos que se mencionan en la Convención. La habilitación supone adquirir conocimientos que permitan a la persona funcionar en la sociedad. La habilitación y la rehabilitación pueden incluir apoyo médico, psicológico, social y técnico. Sin esas ayudas, las personas con discapacidad no podrán seguramente convertir en realidad sus derechos a la accesibilidad, la educación y el trabajo.

²⁷ Norma Técnica N° 35. Ver en Capítulo IV del Plan Nacional de Salud Mental 2000-2010

²⁸ Esta última condición sólo se cumple en aquellos con financiamiento público, los que además deben registrarse por las Normas Técnicas N° 53 (Hogares Protegidos) y N° 87 (Residencias Protegidas).

otra vivienda situada en otro lugar, lejos de la comunidad a la que pertenecían. También se dan los casos en que el grupo que componía el hogar y que llevaban conviviendo por años sea desintegrado y las personas repartidas en distintas viviendas, rompiendo con ellos los vínculos que habían forjado a lo largo del tiempo. Al respecto, debiera diseñarse una política general para hogares, residencias protegidas, establecimientos de larga estadía, hogares de menores, etc., con asignación de viviendas permanentes, nuevas o antiguas, para evitar el desarraigo y cambios de comunidades.

Área 3: Coordinación Institucional

Un de los aspectos importantes que debe considerarse al momento de formular un Plan para la Inclusión Social de las personas con discapacidad es el mejorar la coordinación entre las distintas entidades públicas cuyas actividades se relacionan, directa e indirectamente, con la discapacidad, de manera que todas persigan el mismo objetivo de la inclusión social de las personas con discapacidad sobre la base de una adecuada división de tareas y responsabilidades. Entre dichas instituciones se puede mencionar al Servicio Nacional de la Discapacidad, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, el Servicio Nacional de la Mujer (hoy con categoría de Ministerio), el Servicio Nacional de Menores, el Ministerio de Salud y las distintas Municipalidades del país, a través de sus Departamentos o Programas de la Discapacidad. Todas estas entidades abordan segmentos, a veces diferentes y a veces similares, del conjunto de personas con discapacidad y diseñan soluciones ad hoc que no responden necesariamente a una política de intervenciones de carácter general con diseño de inclusión social.

De todas ellas, es Senadis quién tiene la misión de “velar por la igualdad de oportunidades, la inclusión social, el respeto de los derechos, la participación en el diálogo social y la accesibilidad de las personas con discapacidad y su entorno, a través de la asesoría, coordinación intersectorial y ejecución de políticas públicas”. Senadis, fue creado por mandato de la Ley 20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, normativa publicada en el Diario Oficial el 10 de febrero de 2010. En Noviembre de 2012, un comité de la Cámara de Diputados procedió a evaluar la aplicación de la Ley 20.422 dejando en evidencia que “que la creación de una institucionalidad que no cuente con los mecanismos de cumplimiento necesarios para hacer efectivo lo que la ley define como sus funciones, tendrá que enfrentarse desde su creación con una serie de barreras para concretar, lo que el propio legislador le encomendó como tarea”²⁹. Sobre la base de ese diagnóstico, el Comité señalado hizo varias recomendaciones en las que coincidimos, dentro de las cuáles queremos destacar las Recomendaciones 1 y 4:

“1. Posicionar a SENADIS como ente rector en materia de discapacidad. Para estos efectos, se propone otorgar expresamente a SENADIS, en su calidad de organismo técnico especializado, la función de fiscalizar a todos los entes públicos y privados a los que la Ley N° 20.422 ha otorgado funciones y ha conferido tareas específicas para su implementación progresiva. Lo anterior, con el objeto de mejorar la posición de SENADIS para cumplir con una serie de tareas de ejecución conjunta con otras instituciones, servicios y ministerios, que la ley le ha encomendado, y que implican aspectos tan diversos como: la ejecución de la potestad reglamentaria o el diseño de políticas públicas, planes o programas.

Con este mismo propósito, y considerando la necesidad de visualizar a las personas con discapacidad como un grupo prioritario para la acciones de promoción y protección del Estado, se propone revisar la experiencia del Servicio Nacional de la Mujer, en el sentido de atribuirle rango ministerial a la Dirección Nacional del Servicio. Ello debido a que no se visualiza la forma en que SENADIS pueda, desde su rol de organismo técnico, ejercer efectivamente influencia sobre los demás órganos

²⁹ Ver: Evaluación de la Ley N° 20.422. Departamento de Evaluación. Cámara de Diputados de Chile. Noviembre de 2012.

implementadores de la ley. En el mismo sentido, tampoco se visualiza la forma en que el Consejo Interministerial de Desarrollo Social o el Ministerio de Desarrollo Social puedan cumplir con este rol estratégico para el posicionamiento de un modelo de protección de derechos de las personas con discapacidad”.

“4. **Reforzar la coordinación intersectorial.** Se recomienda reforzar la coordinación intersectorial no sólo a nivel central o nacional, sino también regional, provincial, comunal, si resulta posible, e intercomunal de manera de sumar recursos humanos, técnicos y materiales, y experiencia para acercar a los ciudadanos, en particular a las personas con discapacidad, y las comunidades en que se desenvuelven, a los programas, beneficios y actividades disponibles. Para ello se debieran realizar las siguientes acciones:

- a. Facultar a Senadis para solicitar a los ministerios y servicios que corresponda la elaboración de políticas públicas y normas reglamentarias y administrativas, a fin de obtener los objetivos señalados en la Ley N° 20.422 y la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad.
- b. Facultar a SENADIS para que lidere la Coordinación Intersectorial en el campo de la discapacidad, tanto a nivel nacional como regional y local, en pos de la creación e instalación de Mesas de trabajo bilaterales...”

En la misma perspectiva de las recomendaciones señaladas, últimamente se ha propuesto crear la Subsecretaría de la discapacidad. Nuestra opinión es que esa solución, que ubicaría a la subsecretaria en un nivel organizacional intermedio dentro de la estructura del Estado, no resolverá el problema de otorgarle la autoridad suficiente para liderar la implementación de un Plan Nacional de Inclusión Social de las Personas con Discapacidad y coordinar eficazmente las diversas entidades del Estado que forzosamente deberían participar en este esfuerzo transversal. En nuestro país se dieron experiencias similares que con el tiempo se demostraron ineficaces. Un buen ejemplo de ello lo ofrece la evolución de la institucionalidad sobre el medio ambiente, que sugerimos revisar.

EDUARDO TORO LEONTIC

CORFADICH

Febrero 20 de 2015

REFLEXIONES SOBRE OFICIO 76399 DE LA CONTROLORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

INTRODUCCIÓN

Con fecha de octubre de 2014, la Contraloría General de la República emitió el Oficio N° 76399 que da respuesta a presentación efectuada por la Corporación de Familiares y Amigos de Personas con Discapacidad Psíquica de Chile, CORFADICH, el 5 de marzo de 2014 a fin de que dicho organismo se pronunciara sobre *“la legalidad o ilegalidad del procedimiento adoptado por los Servicios de salud del país cuando se trata de la prestación de los Servicios de Atención Integral a pacientes con discapacidad psíquica, modalidad Residencia Protegida, al utilizar el procedimiento de licitaciones públicas para la contratación, especialmente si este procedimiento debe llevarse a cabo anualmente, conforme lo establece la ley 18.896 y su Reglamento sobre los contratos que celebre la Administración del Estado a título oneroso”*

La presentación demuestra que el procedimiento de licitaciones públicas establecido en la ley N° 19.886, siendo un procedimiento absolutamente correcto en la aplicación de la norma que rige las compras públicas, entre los cuales cabe consignar los que corresponden a los Servicios de Atención a Pacientes con Discapacidad Psíquica, Modalidad Residencia Protegida, puede llegar a constituir una conculcación de los derechos constitucionales de los pacientes, toda vez que *“según el resultado en la adjudicación, puede resultar en el traslado de dichos pacientes a un lugar distinto de residencia, procedimiento que, según se demostrará, tiene como consecuencias poner en peligro sus vidas e integridad física y psíquica dada su especial vulnerabilidad en sus condiciones de salud”* (Párrafo segundo de presentación de fecha 5 de marzo de 2014, CORFADICH).

La eventualidad de trasladar los pacientes, que en circunstancias extremas puede acontecer todos los años, se materializa cuando un licitante que ya tiene un contrato vigente, en razón de la renovación de la licitación anual, puede perderla y, en consecuencias, los pacientes deben ser trasladados al lugar del nuevo oferente que se la adjudicó.

Es necesario recalcar, como lo hemos sostenido en todos los escritos sobre este tema, que en ningún caso estamos por eternizar la administración de los Hogares y Residencias Protegidas cuando en ellos no se cumpla con las disposiciones establecidas en las Normas Técnicas que regula la existencia de estos dispositivos (Norma General Técnica N° 87 sobre Residencias Protegidas) y que se vulneren los derechos de las personas residentes.

El oficio N° 76.399 de la Contraloría responde a la presentación de CORFADICH, concluye señalando que *“Por lo tanto, en virtud de los anteriormente expuesto, los Servicios de Salud del país se encuentran obligados a regirse por la ley N° 19.886 y su reglamento, y por el citado decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, para la contratación de servicios de atención a pacientes con discapacidad psíquica, modalidad residencia protegida, y la demás normativa referente a la protección de los discapacitados psíquicos en cuanto al goce pleno y en igualdad de condiciones de sus derechos humanos”*.

En nuestra opinión, el oficio de la Contraloría permite concluir, por las razones que exponemos a continuación, que sí es factible establecer una política pública nacional para obligar a los Servicios de Salud del país a que adopten las medidas tendientes a que, aplicando la actual normativa, *“con independencia del mecanismo que se utilice, la Administración debe adoptar las medidas tendientes a que el contrato que en definitiva se celebre asegure el cumplimiento de la Norma General Técnica N° 87, sobre Residencias Protegidas, aprobada mediante la resolución exenta N° 392, de 2006 del Ministerio de salud, como asimismo que el plazo de vigencia de aquél cautele debidamente al vida e integridad física y psíquica de los pacientes”*, conclusión que ratifica nuestra posición de cautelar los derechos de los pacientes de la forma que exponemos, tanto en nuestra presentación del [Recurso de Protección](#) ante la Ilustre Corte de Apelaciones de San Miguel de fecha 4 de julio de 2013 que acoge en parte el recurso y la orden de no innovar, ratificado por la Corte Suprema en que se establece que el procedimiento de traslado de los pacientes de una Clínica Psiquiátrica a otro lugar, producto de una nueva licitación, conculca el derecho a la integridad física y psíquica de los pacientes, como así también en nuestros fundamentos expuestos en [presentación a la Contraloría](#) que motivó el oficio 76399.

FUNDAMENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA EN MATERIA DE ADMINISTRACIÓN DE HOGARES Y RESIDENCIAS PROTEGIDAS

Como hemos señalado, nuestro propósito al presentar el Recurso de Protección y, posteriormente la presentación para que la Contraloría se pronunciara sobre los procedimientos actuales de licitaciones públicas acerca de su legalidad o ilegalidad, obedece al claro objetivo de demostrar que los procedimientos administrativos de licitaciones públicas que llevan a cabo los Servicios de Salud para la contratación sobre Atención a Pacientes con Discapacidad Psíquica, modalidad Residencias Protegidas, pueden llegar a materializar la conculcación de los derechos a la integridad física y psíquica

garantizados en el número 1° del artículo 19° de la Constitución Política de la República y a los derechos señalados en los artículos 17 y 25 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo promulgados mediante el Decreto N° 201, de 2008 del Ministerio de Relaciones Exteriores.

Los fundamentos que dicen relación con la conculcación de los citados derechos, están documentados en las presentaciones a que hemos aludido anteriormente, esto es, el Recurso de Protección y la Presentación a la Contraloría General por lo que no nos referiremos a ellos.

Así entonces, nos abocaremos a los principales acápites señalados en el oficio 76399 de la Contraloría que a nuestro juicio nos dan la razón en nuestro planteamiento.

Antes de señalar aquellos aspectos positivos del oficio, debemos reconocer que al no tener formación jurídica, es probable que formulemos algunas apreciaciones que a juicio de los juristas puedan derivar en errores de forma, como nos aconteció en el escrito presentado a la Contraloría. En efecto, es errónea nuestra petición de que la Contraloría se pronunciara acerca de *“la legalidad o ilegalidad del procedimiento adoptado por los Servicios de salud del país cuando se trata de la prestación de los Servicios de Atención Integral a pacientes con discapacidad psíquica, modalidad Residencia Protegida, al utilizar el procedimiento de licitaciones públicas para la contratación”*

Se desprende de una lectura más acuciosa de la normativa legal vigente y de las conclusiones que señala el oficio 76399, que los procedimientos adoptados actualmente por los Servicios de Salud, se ajustan plenamente a la legalidad vigente, por lo cual no cabe establecer que ellos sean ilegales, por cuanto se basan en la aplicación a la jurisprudencia administrativa, esto es, *“la aplicación del mencionado decreto con fuerza de ley N° 36 es sin perjuicio de la licitación pública contemplada en la ley N° 19.886, salvo los casos señalados en forma excepcional y taxativa por este último texto legal”* (Oficio 76399, 3 de octubre de 2014, Contraloría General).

También resulta errónea nuestra petición en subsidio a la anterior, es decir, que en caso de no ser aplicable pronunciarse sobre la legalidad de los procedimientos de licitaciones públicas, se pronuncie sobre la legalidad y la obligación de aplicar las normas establecidas en el Decreto con Fuerza de Ley N° 36 del MINSAL de 1980 en orden a establecer convenios directos para la atención de los Servicios de Atención Integral a pacientes con Discapacidad Psíquica, Modalidad Residencias Protegidas. Conforme a la aplicación de la normativa ya señalada, resulta improcedente que la Contraloría señale que la prestación de estos servicios sea mediante trato directo *“puesto que es la Administración activa la que deberá calificar y adoptar la decisión fundada de proceder mediante ésta u otra forma, ponderando las situaciones de hecho y las normas jurídicas pertinentes”* (Oficio 76399, 3 de octubre de 2014, en concordancia a lo establecido en los dictámenes N°s 51.268, de 2011; 68.458, de 2012, y 31.56 de 2013).

Sin embargo, según nuestra opinión, es en este importante párrafo que contiene el oficio 76399 de fecha 3 de octubre de 2014 emitido por la Contraloría General de la República en respuesta a la petición de CORFADICH, en que radica, sin lugar a dudas, el camino correcto para que se establezca como política pública de carácter nacional y de aplicación obligatoria para todos los Servicios de Salud, el cambio en los procedimientos para que se adopte como principio rector, que la contratación relativa a los servicios de atención a pacientes con discapacidad psíquica, modalidad residencia protegida, deba realizarse mediante trato directo, aplicando a lo dispuesto en el artículo 1° del Decreto con Fuerza de Ley N° 36 en el sentido que *“los Servicios de Salud deben someterse a dicho texto legal para celebrar sus contrataciones respecto de algunas acciones de salud que les corresponde ejecutar”* (Oficio 76399, 3 de octubre de 2014, Contraloría General), entre los cuales desde luego, se encuentran, por su especiales características, los Servicios de Atención Integral a Pacientes con Discapacidad Psíquica, Modalidad Residencias Protegidas.

Resulta aún más sugerente lo que expresa la Contraloría en el citado oficio 76399: *“Por su parte, el artículo 12 del mismo cuerpo normativo (Decreto 36), preceptúa, en lo que interesa, **como regla**”*

general, los convenios deberán pactarse por un año de duración, pudiendo estipularse su renovación, sin perjuicio de que por motivos calificados o de conveniencia, que tendrán que fundamentarse en la resolución aprobatoria, podrán celebrarse por plazos mayores o menores” (En negrita o subrayado por nosotros).

Para entender con mayor claridad que los procedimientos de este tipo de contratos, los que se refieren a la prestación de los servicios de atención integral a las personas con discapacidad psíquica, pueden celebrarse bajo dos modalidades, esto es, Decreto 36 y Ley 19.886, transcribimos en extenso a lo dispuesto en el oficio 76399:

“Además, esta Contraloría General mediante sus dictámenes N°s. 51.081 , de 2008; 38.109, de 2007 y 25.954, de 2010, entre otros, ha señalado que los convenios celebrados por los Servicios de Salud, al amparo del decreto con fuerza de ley N° 36, con otras personas naturales o jurídicas, relativos a la ejecución de las acciones de salud que el ordenamiento encomienda a dichos organismos públicos, forman parte de la clase de los contratos administrativos onerosos que tienen por objeto la prestación de un servicio en favor de la Administración del Estado, necesarios para la ejecución de sus tareas, y que, por ende, se encuentran sujetos a las disposiciones de la ley N° 19.886.

De este modo, resulta aplicable a tales convenciones el artículo 5° , inciso segundo, de la mencionada ley N° 19.886, que indica que la licitación pública será obligatoria cuando las contrataciones superen las mil unidades tributarias mensuales, salvo lo dispuesto en el artículo 8° de esa ley.

Así, corresponde que, por regla general, los órganos de la Administración seleccionen, a través de dicho mecanismo, a aquél interesado que presente la propuesta más conveniente a las necesidades del servicio, en condiciones de igualdad de trato y pública difusión del llamado a participar, de acuerdo a los principios de transparencia, libre concurrencia y competencia de los oferentes y de estricta sujeción a las bases establecidas para cada procedimiento, sin perjuicio de que resulte procedente que acudan a la licitación privada o contratación directa de concurrir alguna de las circunstancias previstas en los artículos 8° de la ley N° 19.886 y 10 de su reglamento, las que deben ser acreditadas por el respectivo organismo”.

Resulta relevante lo que señala el oficio 76399 al señalar que *“en concordancia con lo informado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, es del caso anotar que la forma para proteger de la mejor manera los derechos de los discapacitados psíquicos en la contratación de la residencia donde serán atendidos, es evaluar, en un primer término y según las circunstancias que concurran en cada situación, cuál modalidad de contratación protege de mejor manera sus derechos a la vida e integridad física y psíquica , dispuestos en los artículos 19, N° 1, de la Carta Fundamental, y 17 y 25 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo, promulgados mediante el decreto N° 201, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores”*

De esta lata transcripción, a nuestro juicio, se puede concluir en lo siguiente:

- Los contratos para la prestación de servicios sobre atención integral a pacientes con discapacidad psíquica, modalidad residencias protegidas, por parte de los servicios de salud, forman parte de la clase de los contratos administrativos onerosos que tienen por objeto la prestación de un servicio en favor de la Administración del Estado, necesarios para la ejecución de sus tareas, y por ende, se encuentran sujetos a las disposiciones de la ley N° 19.886;
- Por la condición indicada anteriormente, la licitación pública será obligatoria cuando dichos contratos superen las mil unidades tributarias mensuales, salvo a lo dispuesto en el artículo 8° de la ley;
- Resulta procedente que los organismos del Estado, es decir, para el caso los Servicios de Salud, acudan a la licitación privada o contratación directa de concurrir alguna de las circunstancias previstas en los artículos 8° de ley N° 19.886 y 10° de su reglamento;

- Para que se produzca lo anterior, es decir, acudir a la licitación privada o contratación directa, es menester que estos organismos deben acreditar la necesidad de acudir a este procedimiento;
- Es fundamental, en concordancia con lo expresado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL, que los respectivos Servicios de Salud, para proteger de la mejor manera los derechos de las personas con discapacidad psíquica a ser atendidos en las Residencias Protegidas, además de observar los aspectos técnicos establecidos en la Norma Técnica N° 87 sobre Residencias Protegidas, deben evaluar, según las circunstancias que concurren en cada situación, cuál modalidad de contratación protege de mejor el derecho a la integridad física y psíquica garantizados en los artículos 19, N° 1, de la Constitución Política, y 17 y 25 de la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo;

CONCLUSIÓN

- Los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica, particularmente los referidos a su integridad física y psíquica, están garantizados en los artículos 19, N° 1, de la Constitución Política, y 17 y 25 de la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo y, producto de la contratación sobre atención a pacientes con discapacidad psíquica, Modalidad Residencia Protegida, estos derechos pudieran llegar a ser conculcados producto del cambio de residencia que les afectaría en caso de ser trasladados de un lugar a otro si se da la circunstancia que producto de la nueva licitación, el administrador pierda la licitación, llegando a provocar en los pacientes graves consecuencias a su salud mental tal como queda demostrado en los informes emitidos por el departamento de salud el SENADIS y por la Comisión de Protección de las Personas con enfermedad mental que tuvo a la vista la Corte de Apelaciones de San Miguel y la Corte Suprema para acoger en parte el recurso en favor de personas residentes de una Clínica Psiquiátrica, estableciendo en la orden de no innovar, la imposibilidad de su traslado.
- Para evitar la ocurrencia de la conculcación de sus derechos fundamentales, es menester que la contratación de los servicios para atender a las personas con discapacidad, modalidad residencias protegidas, se de aquellos contratos que deben ser sometidos a una exhaustiva evaluación por parte de los Servicios de Salud para determinar cuál modalidad de contratación protege de mejor manera sus derechos, situación que se da, desde luego, en la modalidad de contratación directa previa fundamentación y acreditación.
- Siendo sumamente relevante estos procesos evaluativos para proteger de la mejor manera los derechos de las personas con discapacidad psíquica que deben permanecer en las Residencias Protegidas, y conciliando a lo dispuesto en la normativa establecida en la ley 19.886 para preservar la objetividad y transparencia de los procesos de contratación, prevaleciendo el lugar de residencia, pero, sin que esto signifique en ningún caso avalar una mala administración, se hace indispensable que se avance en materia de administración de hogares y residencias protegidas como una política pública nacional en que sean los organismos del Estado, como lo son los Servicios de Salud, los que mantengan las Residencias y liciten sólo la administración de los mismos, tal como acontece con los Hogares que mantiene el Servicio Nacional del Adulto Mayor. Se requiere avanzar en unificar criterios de estos dispositivos por cuanto existen similares situaciones que se dan en las personas con discapacidad mental y adultos mayores.

- Se trata de avanzar hacia una política pública única de contratación de servicios residenciales y de apoyo para la rehabilitación (llámense hogares, residencias protegidas, establecimientos de larga estadía, hogares de menores, etc.), utilizando para ello viviendas asignadas en forma permanente por el Estado para tales propósitos.
- Hay que modificar las normas sobre hogares y residencias protegidas, enfatizando el rol que estos dispositivos deben cumplir en la rehabilitación y promoción de la autonomía de las personas, y no sólo su función residencial.
- Las modalidades que emplean los Servicios de Salud de licitaciones públicas, con los riesgos que estamos destacando para la estabilidad y salud de las PcD mental, es absolutamente contraria a los propósitos de rehabilitación y avances hacia la autonomía de dichas personas concebidos dentro de un plan de salud mental comunitaria, cuestiones ambas que requieren de un trabajo largo y en condiciones de estabilidad y con fuertes vínculos con la comunidad. Es paradójico que sea empleado justamente por el sector que más cuidado debería poner en el diseño de estos dispositivos y en su contratación, como es el sector de la salud.

Daniel Guajardo Rojas
CORFADICH

Santiago, noviembre de 2014