

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

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

RESUMEN EJECUTIVO

2014

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



Observatorio DDHH
Discapacidad Mental

www.observatoriodiscapacidadmental.cl

Introducción

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

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

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

Una de las preguntas centrales que nos hicimos al elaborar este informe fue si las políticas y legislación sobre discapacidad que ha desarrollado Chile por más de 20 años, con proyectos concursables, integración escolar, intermediación laboral, planes nacionales de salud mental, sistema de protección social, leyes sobre discapacidad y ratificación de la CDPD, han tenido algún grado de impacto positivo en la población con discapacidad mental.

Hemos buscado respuestas revisando leyes, evaluaciones de leyes, estadísticas de distintos organismos públicos y privados, estudios nacionales e internacionales y documentos normativos. Nuestro trabajo se vio favorecido por la abundante información que aportaron dos estudios nacionales que se completaron en este año: una evaluación de sistemas de salud mental en base al WHO-AIMS de la OMS y un estudio FONIS de evaluación de calidad de atención y respeto de derechos de los pacientes con metodología QualityRights de la OMS.

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

Autores: Alberto Minoletti, Juan Carlos Cea, Bárbara Gaete, Mauricio Gómez, Pablo Monares, Marcela Sandoval, Bárbara Soto.

Consultores: Carmen Artaza, Alberto Carvajal, Leonor Cifuentes, Erika Díaz, Dhayana Guzmán, Johana Fuentes, Juan Manso, Viviana Pereda, Marisa Radrigán, Ximena Rayo.

Criterios utilizados para definir el nivel de logro en los distintos indicadores

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

Siglas

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica	Mineduc: Ministerio de Educación
CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas	Minsal: Ministerio de Salud
FONADIS: Fondo Nacional de la Discapacidad	OMS: Organización Mundial de la Salud
GES: programa de garantías explícitas de salud	PcDM: persona con discapacidad mental
	SM: salud mental

1. Prevalencia de la discapacidad mental en Chile

Indicador	Fuente
1) 348.057 personas con discapacidad mental (psíquica e intelectual) en Chile en el año 2004, lo cual corresponde al 2,18% de la población	Estudio Nacional sobre la Discapacidad 2004 (FONADIS)
2) 239.715 personas con discapacidad mental, lo cual corresponde al 1,39% de la población chilena total del 2011	CASEN 2011 (menor sensibilidad)
3) 3,3% con discapacidad intelectual en el nivel socioeconómico bajo 0,7% con discapacidad intelectual en el nivel socioeconómico alto 2,5% con discapacidad psíquica en el nivel socioeconómico bajo 1,1% con discapacidad psíquica en el nivel socioeconómico alto	Estudio Nacional sobre la Discapacidad 2004 (FONADIS)
4) Del total de personas con discapacidad mental: 51,4% son mujeres 20,1% de edad 0-17 años 17,2% de edad 18-29 años 36,5 % de edad 30-59 años: 26,3% de edad 60 y más:	CASEN 2011
5) Del total de personas con discapacidad mental 62,0% tienen discapacidad intelectual 32,5% tienen discapacidad psíquica 4,5% tienen discapacidad intelectual y psíquica	CASEN 2011

2. Nivel de logro en Chile en el ejercicio de los DDHH establecidos en la CDPD por parte de las personas con discapacidad mental

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

Indicador	Fuente	Estándar	Nivel de Logro
6) No se reconoce expresamente la capacidad jurídica de las PcDM	Evaluación Ley 20.422 (Cámara Diputados 2012)	Reconocimiento del derecho a la capacidad jurídica de las PcDM (CDPD)	Ausente
7) Declaración judicial de interdicción por demencia con solo certificación de discapacidad e inscripción en Registro Nacional de Discapacidad	Evaluación Ley 18.600 (Cámara de Diputados 2013)	Existencia de salvaguardias para el ejercicio de la capacidad jurídica (CDPD)	Ausente
8) Designación de curador de bienes con requisitos mínimos, el cual sustituye a la persona en vez de apoyarla	Evaluación Ley 18.600 (Cámara Diputados 2013)	Derecho de las PcDM a ser propietarias y controlar sus asuntos económicos (CDPD)	Ausente
9) Ningún dispositivo de SM cumple en forma total con estándar de entrega de información a los usuarios sobre sus derechos y un 46,7% lo cumple en forma parcial	Estudio QualityRights 2014	100 % de los dispositivos de SM ambulatorios entregan información a los usuarios sobre sus derechos (OMS)	Mediano

10) Ningún dispositivo de SM cumple en forma total con el estándar que los usuarios participen en las decisiones sobre su tratamiento y un 26,7% lo cumple en forma parcial	Estudio QualityRights 2014	En el 100 % de los dispositivos de SM ambulatorios los usuarios participan en las decisiones sobre su tratamiento (OMS)	Bajo
11) Ningún dispositivo de SM cumple en forma total con el estándar que los usuarios tengan acceso a la información de sus fichas clínicas y un 26,7% lo cumple en forma parcial	Estudio QualityRights 2014	En el 100% de los dispositivos de SM ambulatorios los usuarios pueden acceder a la información de sus fichas clínicas (OMS)	Bajo
12) No se reconoce en plenitud el derecho de la PcDM a leer la información de su ficha clínica. puede negársele a criterio médico, sin apelación	Revisión de la ley 20.584 (Observatorio 2013)	Derecho legal de la PcDM a leer la información de su ficha clínica (OMS)	Bajo

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

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

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

Indicador	Fuente	Estándar	Nivel de Logro
18) 40% de hospitales psiquiátricos y 25,8% de hospitales generales recibieron una inspección en el año 2012 (inspección no externa al sistema de salud)	WHO-AIMS 2012	100% de servicios de psiquiatría con inspecciones externas regulares para protección de DDHH (OMS)	Bajo
19) 12,9% de hogares protegidos recibieron una inspección en el año 2012 (inspección no externa al sistema de salud)	WHO-AIMS 2012	100% de hogares protegidos con inspecciones externas regulares para protección de DDHH (OMS)	Bajo

20) 17,1% de residencias protegidas recibieron una inspección en el año 2012 (inspección no externa al sistema de salud)	WHO-AIMS 2012	100% de residencias protegidas con inspecciones externas regulares para protección de DDHH (OMS)	Bajo
21) 26,1% de usuarios tuvieron contención física y/o aislamiento en hospitales generales y 57,9% en hospitales psiquiátricos	WHO-AIMS 2012	0% de usuarios con contención física y/o aislamiento en hospitales generales y psiquiátricos (OMS)	Bajo
22) No se reconoce en plenitud el derecho de la PcDM a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (esterilización y psicocirugía) porque permite que otros tomen decisiones por la PcDM	Revisión de la ley 20.584 (Observatorio 2014)	Derecho exclusivo de la PcDM a dar consentimiento para procedimientos irreversibles (esterilización y psicocirugía) (OMS)	Ausente

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

Indicador	Fuente	Estándar	Nivel de Logro
23) Quedan 312 personas en largas estadías de hospitales psiquiátricos	Minsal 2011	No deberían haber personas en los servicios de larga estadía de los hospitales psiquiátricos (Minsal)	Mediano
24) 1542 niños/as y personas adultas con discapacidad intelectual recluidos en instituciones con financiamiento de SENAME	WHO-AIMS 2012	Evitar institucionalización de personas con discapacidad intelectual y usar rehabilitación basada en la comunidad (OMS)	Bajo
25) Mediana nacional de desarrollo del modelo comunitario en los SS de 35,8% (SS con menor cumplimiento = 17,5% y con mayor = 58,5 %)	Estudio Redes de Atención (Alvarado 2009)	100 % de cumplimiento de los estándares para el funcionamiento del modelo comunitario en redes de salud mental ambulatorios (Estudio)	Mediano
26) 27,5 plazas de hogares y residencias protegidas por cada 100.000 adultos beneficiarios de FONASA	WHO-AIMS 2012	48 plazas de hogares y residencias protegidas por cada 100.000 adultos beneficiarios de FONASA (Minsal)	Mediano

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

Indicador	Fuente	Estándar	Nivel de Logro
27) 18,4% de las escuelas municipales, 8,4% de las particulares subvencionadas y 4,6% de las particulares cuentan con un profesional de SM	WHO-AIMS 2012	Incorporación de profesionales de salud mental en escuelas (OMS)	Bajo
28) 9,4% de los niños/as con discapacidad mental están integrados en escuelas normales (el 90,6% están en escuelas especiales)	Instituto Nacional de Derechos Humanos 2011	Acceso de personas con discapacidad a educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita (CDPD)	Bajo
29) 5 % de las escuelas municipales, 8 % de las particulares subvencionadas y 17 % de las particulares expulsan estudiantes con trastornos conductuales	Instituto Nacional de Derechos Humanos 2011	Utilización excepcional de la expulsión de estudiantes con trastornos conductuales en escuelas (Mineduc)	Mediano y bajo

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

Indicador	Fuente	Estándar	Nivel de Logro
30) 2,16% % del gasto de salud destinado a salud mental en el sistema público	WHO-AIMS 2012	Gasto promedio de 5,1% del presupuesto de salud destinado a salud mental en países de ingresos altos (OMS)	Bajo
31) 5,3% de las personas beneficiarias de FONASA en tratamiento por alguna enfermedad mental en un año	Observatorio (en base a datos DEIS Minsal 2014)	12 % de la población de países de ingresos altos recibe tratamiento por alguna enfermedad mental en un año (Estudio)	Mediano
32) 12,2% de las personas afiliadas a ISAPRES en tratamiento por alguna enfermedad mental en un año	WHO-AIMS 2012	12 % de la población de países de ingresos altos recibe tratamiento por alguna enfermedad mental en un año (Estudio)	Alto
33) 54,5% de las personas con 1er episodio esquizofrenia recibe psicoeducación y 49,1% de sus familias	Evaluación GES esquizofrenia (Alvarado 2006)	100 % de personas con 1er episodio esquizofrenia recibe psicoeducación (Minsal)	Mediano
34) 68,4% de personas con 1er episodio esquizofrenia abandona tratamiento antes del 1er año	Estudio Redes de Atención (Alvarado 2009)	Tasa promedio mundial de abandono de tratamientos psiquiátricos: 21,3% (Estudio)	Bajo
35) Discriminación territorial ambulatoria: Mínimo país de 93,0 hrs/sem de profesionales de SM en el SS Aysén y un máximo de 376,6 en el SS Metropolitano Norte (por 40.000 beneficiarios)	WHO-AIMS 2012	Ausencia de discriminación territorial en la atención de salud mental (Minsal)	Bajo
36) Discriminación territorial en corta estadía en hospitales generales: 3 de los 4 SS con hospital psiquiátrico no tienen este servicio y 1 SS vecino a hospital psiquiátrico tampoco (de los 25 SS sin hospital psiquiátrico, 21 tienen corta estadía en hospital general)	WHO-AIMS 2012	Todas las hospitalizaciones de psiquiatría de corta estadía deberían realizarse en hospitales generales (Minsal)	Mediano
37) 164.940 beneficiarios de FONASA promedio por cada centro de SM comunitaria	Observatorio (en base a datos DEIS Minsal 2014)	Un centro de salud mental comunitario por cada 40.000 beneficiarios FONASA (Minsal)	Bajo
38) 6,7% de los dispositivos de SM cumplen en forma total el estándar de acceso de usuarios a programas psicosociales y 53,3% en forma parcial %	Estudio QualityRights 2014	Todos los usuarios de servicios de salud mental tienen acceso a programas psicosociales de su elección (OMS)	Mediano
39) 6,7% de los dispositivos de SM cumplen en forma total el estándar de intervención de red de apoyo para usuarios y 46,7% en forma parcial	Estudio QualityRights 2014	El dispositivo ayuda a contactar al usuario con familiares y amigos de acuerdo con los deseos del usuario (OMS)	Mediano
40) 86,7% de los dispositivos de SM cumplen en forma total el estándar de disponer de medicación psicotrópica adecuada y 6,7% en forma parcial	Estudio QualityRights 2014	El dispositivo dispone de medicación psicotrópica adecuada (OMS)	Alto
41) Tasa de 482,7 hrs x sem de técnicos y profesionales por 100.000 beneficiarios FONASA para tratamiento de SM ambulatorio especializado	Estudio Redes de Atención (Alvarado 2009)	Tasa de 1.457,5 hrs/sem de profesionales y técnicos por 100.000 para tratamiento de SM ambulatorio especializado (Minsal)	Bajo

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

Indicador	Fuente	Estándar	Nivel de Logro
42) 7,6% de personas con 1er episodio esquizofrenia tienen un plan individual integral de tratamiento	Estudio Redes de Atención (Alvarado 2009)	100% de personas con esquizofrenia tienen un plan individual integral (Minsal)	Bajo
43) Ninguno de los dispositivos cumple en forma total con el estándar que los usuarios participen en sus planes de recuperación y 46,7% lo hace en forma parcial	Estudio QualityRights 2014	En el 100 % de los dispositivos los usuarios participan en la elaboración y evaluación de sus planes de tratamiento (OMS)	Mediano
44) 146.929 personas (FONASA) promedio por cada centro con programa de rehabilitación psicosocial	Estudio Redes de Atención (Alvarado 2009)	40,000 beneficiarios por cada centro con programa de rehabilitación (Minsal)	Bajo
45) Ninguno de los dispositivos cumple en forma total con el estándar de apoyar a los usuarios en el acceso a empleo y 13,3% lo hace en forma parcial	Estudio QualityRights 2014	En el 100 % de los dispositivos se apoya a los usuarios en carreras laborales y acceso a empleo remunerado (OMS)	Bajo
46) 28,2% de personas con 1er episodio esquizofrenia recibe entrenamiento en habilidades sociales	Evaluación GES (Alvarado 2006)	100% de personas con EQZ reciben entrenamiento en habilidades sociales (Minsal)	Bajo
47) 13,6% de personas con 1er episodio esquizofrenia recibe intervenciones para inclusión educacional y 15,4% para laboral	Evaluación GES (Alvarado 2006)	100% de personas con EQZ reciben intervenciones para inclusión educacional o laboral	Bajo

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

Indicador	Fuente	Estándar	Nivel de Logro
48) Inexistencia de disposiciones legales que obliguen a empresarios a contratar a PcDM	Ministerio del Trabajo 2013	No discriminación por discapacidad en la selección y contratación (CDPD)	Ausente
49) Es legal contratar a PcDM por una remuneración menor al sueldo mínimo	Evaluación Ley 18.600 (Cámara de Diputados 2013)	Igualdad de remuneración entre personas con y sin discapacidad mental (CDPD)	Ausente
50) 13,9% de las PcDM y 55,5% de las personas sin discapacidad tienen algún trabajo en Chile	CASEN 2011	Porcentaje similar de empleo entre personas con y sin discapacidad mental (CDPD)	Bajo

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

Indicador	Fuente	Estándar	Nivel de Logro
51) Las ISAPRES rechazan el pago del 46% de las licencias por enfermedad mental y FONASA lo hace con el 29% de ellas	Centro DDHH UDP 2013	Pago de licencias médicas por enfermedad mental que presente discapacidad transitoria (Minsal)	Mediano
52) La ley 20.422 dispone de la pensión básica solidaria (\$ 82.058 mensuales el 2013) para el 60% de las PcDM de menor ingreso familiar	Revisión de la Ley 20.422 (Observatorio 2014)	Disponer de legislación que garantice asistencia financiera para tener un nivel de vida adecuado (CDPD)	Alto
53) El Instituto de Previsión Social (IPS) no monitorea el N° de PcDM que reciben pensión básica solidaria (solo registra total de personas con discapacidad que reciben pensión)	WHO-AIMS 2012	Funcionamiento de mecanismos que aseguren el acceso a asistencia financiera (CDPD)	Ausente

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

Indicador	Fuente	Estándar	Nivel de Logro
54) Ninguno de los dispositivos cumple en forma total con el estándar de apoyar a usuarios a participar en la vida política y pública y el 6,7% de ellos lo hace en forma parcial	Estudio QualityRights 2014	100% de los dispositivos de salud mental apoyan a usuarios a participar en la vida política y pública (OMS)	Bajo
55) 59,7% % de los dispositivos de SM interactuaron con asociaciones usuarios en un año	WHO-AIMS 2012	100% de los dispositivos de SM interactúan con asociaciones de usuarios (Minsal)	Mediano
56) 51% de los usuarios de hogares protegidos sienten que no pueden influir en las decisiones que toma la cuidadora	Estudio hogares (Chuaqui 2013)	El hogar protegido debe “fomentar la participación (promoviendo las expresión de afectos, ideas y opiniones)” (Minsal)	Mediano

3. Principales debilidades en el respeto de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental

- Ausencia de reconocimiento legal de la capacidad jurídica de las PcDM
- Ley 18.600 permite interdicción sin debido proceso y pago de remuneración inferior al sueldo mínimo a PcDM
- Ausencia de autoridad independiente del sector salud que autorice y supervise las hospitalizaciones involuntarias
- Falta de reconocimiento del derecho exclusivo de la PcDM a dar consentimiento para procedimientos irreversibles, tales como psicocirugía y esterilización (ninguna otra persona debería sustituirla en estas decisiones)
- Inexistencia de disposiciones legales que obliguen a empresas a contratar a PcDM
- Bajo porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental (2,16% en el 2012 en contraste con 3,10% el 2008 y con 5% estimado como necesario)
- Alta discriminación territorial en la distribución de recursos para SM en el sector público
- Insuficiente número de centros de salud mental comunitaria
- Alta frecuencia de uso de contención física y aislamiento en hospitalizaciones psiquiátricas
- Los dispositivos de SM no entregan suficiente información a los usuarios y no facilitan su participación activa en las decisiones sobre sus tratamientos
- Bajo porcentaje de personas con esquizofrenia que tienen un plan individual de tratamiento
- Baja frecuencia del uso de intervenciones que favorezcan inclusión educacional y laboral
- Alto número de personas con discapacidad mental institucionalizadas (formal e informal)
- Bajo porcentaje de niños/as con discapacidad mental integrados en escuelas normales

4. Conclusiones

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

Existen alrededor de 350.000 personas con discapacidad mental en Chile, las cuales están expuestas a situaciones de discriminación y exclusión social, constituyendo un problema social de importancia mayor que el Estado no ha abordado adecuadamente aún. Entre las numerosas áreas de vulneración de derechos identificadas en el presente estudio y que requieren medidas correctivas de mayor urgencia se destacan las siguientes:

La ley 18.600 como disposición legal es contradictoria con los principios de la CDPD y debe ser sustituida por una nueva normativa que tenga como centro el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental. Al mismo tiempo, es necesario implementar las medidas necesarias que garanticen que las personas con discapacidad mental puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones a través de un sistema de apoyo en la toma de decisiones.

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

La protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes es muy insuficiente

en nuestro país. Es así como el porcentaje de usuarios sometidos a procedimientos de contención y aislamiento excede por mucho lo observado en países de altos ingresos y la Ley 20.584 permite procedimientos irreversibles (psicocirugía, esterilización, etc.) sin consentimiento de la persona afectada. A su vez, la Comisión Nacional de Protección de Personas Afectadas por Enfermedad Mental carece de la autonomía, atribuciones y presencia suficiente en actividades de supervisión para prevenir, fiscalizar y sancionar prácticas abusivas.

Pese a los importantes avances logrados con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, Chile no ha logrado instalar de modo suficiente un modelo de atención de salud mental comunitario, respetuoso de los derechos y que pueda apoyar a las personas con discapacidad mental en sus procesos de inclusión social. El bajo presupuesto destinado a salud mental (menor al promedio de países de similares ingresos) es el principal factor contribuyente de las insuficiencias observadas en cobertura, calidad de atención y equidad.

Una inclusión mayoritaria de estudiantes con discapacidad mental en establecimientos educacionales generales requerirá de medidas tales como: obligatoriedad de la inclusión en todas las escuelas del país, incorporación de técnicos y profesionales de salud mental en las escuelas, capacitación de profesores en competencias específicas para brindar apoyo a los estudiantes con discapacidad mental, eliminación del uso de las expulsiones y refuerzo de apoyo técnico, supervisión y financiamiento para las escuelas.

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

Se requiere también que los programas del Estado que promueven las organizaciones sociales incorporen una línea específica para personas con discapacidad mental, en coordinación con los programas de salud mental, incluyendo apoyos técnicos y financieros, de modo de fortalecer su capacidad organizativa y de lucha por la reivindicación de sus derechos.

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

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

