SISTEMATIZACIÓN PROGRAMA DE APOYO PARA LA AUTONOMÍA:

CONTINUIDAD DE CUIDADOS Y APOYOS EN SALUD MENTAL CORDES – COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE PEÑALOLÉN 2017-2018

MARÍA TERESA ABUSLEME LAMA
MARÍA CAMILA QUINTEROS REILLAN
MURIEL ABAD ANDRADES
GLORIA SILVA ESPINOSA
CARLA SANDOVAL SANTOS
PAULA PAREDES SIERRA
FELIPA RODRIGUEZ LANZA
PAULINA ARACENA MORA
CAROLA ALARCÓN FERRARI
VIVIANA PEREDA RUIZ
ALEJANDRA MUJICA TORO

Santiago, Marzo 2019

I. ÍNDICE.....3

II. INTRODUCCIÓN.....5

III. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES.....7
A. Conceptualización de las políticas públicas
B. Implementación de las políticas públicas
C. Sistema de Protección Social
D. Modelo de Salud Familiar y Comunitario
E. Caracterización de la discapacidad en Chile
F. Breve caracterización de las personas participantes del programa de apoyo para la autonomía (PAPA)
G. Los Recursos asociados a la implementación de las políticas públicas en materia de salud mental
H. Definiciones de Cuidados y Apoyos para las personas en situación de discapacidad
I. Los apoyos y cuidados desde las políticas públicas chilenas

IV. ANÁLISIS DE LOS PROGRAMAS E INICIATIVAS SOCIALES.....27

V. RECURSOS DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE PEÑALOLÉN PARA PROMOVER LA CONTINUIDAD DE CUIADADOS.....32
a) Colectivos
b) Constelaciones
c) Trabajo en red
d)Incidencia política a nivel comunal y regional

VI.CONCLUSIONES.....42

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....49

VIII. ANEXOS.....53

II. INTRODUCCIÓN

La Comunidad Terapéutica de Peñalolén es un espacio ambulatorio para el tratamiento e intervenciones en el campo de la salud mental, perteneciente a la corporación sin fines de lucro, CORDES, que inicia su trabajo en la década de los 80 bajo la dirección de Teresa Huneeus.

Desde sus inicios, nuestra institución ha basado su trabajo en el enfoque de derechos humanos, fundados en los principios de autonomía, dignidad, responsabilidad compartida, horizontalidad en las relaciones, democracia en la toma de decisiones y respeto mutuo para "promover la salud mental desde una perspectiva integradora mediante la asistencia, la educación y la participación comunitaria" (Huneeus, 2005).

Los Consultantes y quienes consultan son personas en situación de discapacidad de causa psíquica de entre 16 y 60 años, que son vulneradas en sus derechos y que, producto de factores contextuales, presentan además dificultades graves para el desarrollo de sus cotidianidades y de sus proyectos de vida.

Integramos la red de salud mental y psiquiatría del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Desarrollamos nuestro trabajo con enfoque comunitario, involucrando a los diversos actores de las redes sociales focales y abiertas, en el ámbito salud, educación, trabajo, vivienda, protección social y participación comunitaria del sector oriente. Nuestro modo de trabajo está descrito en sistematizaciones de proyectos con SENADIS, además de diversos artículos, disponibles en la página web de la Corporación, www.cordescorporacion.cl.

Algunos de los dispositivos y programas que integran estas redes son: Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) Peñalolén, Ñuñoa, Macul, Lo Barnechea, La Reina, Providencia, Las Condes; Hospital Diurno de Peñalolén; Hospital del Salvador; Centro Kintun de Peñalolén; Centro de Referencia de Salud (CRS) Cordillera; Programa de Intervención Especializada (PIE) Peñalolén y Lo Hermida; Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) de Peñalolén, los distintos centros de salud familiar (CESFAM) de las comunas antes nombradas, Red de la Solidaridad, Consejo de Desarrollo Local en Salud CESFAM Silva Henríquez (CDL), Oficina de Intermediación Laboral (OMIL) de Peñalolén y La Reina, y la Red Incluye.

A partir del año 2016, con fondos del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) implementamos el Programa de Apoyo para la Autonomía (PAPA), en el contexto del Programa Tránsito a la Vida Independiente (TVI), que tiene su origen en la Ley 20.422, que establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad. Su objetivo principal es contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social y participación en la comunidad local de las personas en situación de discapacidad, dependencia y vulnerabilidad. El Programa provee servicios de apoyo de cuidados y asistencia; servicios de apoyo de intermediación; y adaptaciones del entorno habitual en el que la persona desarrolla sus actividades.

El propósito es que las personas en situación de discapacidad de causa psíquica ejerzan sus derechos, en particular los del ámbito económico, social y cultural. Para implementar el programa, SENADIS apoya a organizaciones y personas naturales con financiamiento para servicios de apoyo y estrategias para promover la autonomía, toma de decisiones y autodeterminación de las personas con sufrimiento mental.

Es en el contexto de los programas TVI que se inscribe nuestro Programa de Apoyo para la Autonomía, que contempla estrategias ampliamente desarrolladas por el equipo de la comunidad, tales como:

acompañamientos terapéuticos (AT), intervención y práctica de redes, implementación de colectivos y constelaciones, una grilla de actividades grupales e individuales, entre otras que buscan generar condiciones para la continuidad de cuidados y apoyos tanto intra como intersectorialmente.

El presente documento sistematiza parte de la experiencia del Programa de Apoyo para la Autonomía, con foco en la continuidad de cuidados y la promoción de la autonomía de las personas en el periodo 2017 – 2018. El énfasis estará en las brechas para el acceso a derechos y seguimiento en salud mental, que ha sido identificado por el equipo como uno de los nudos críticos para el mejor desarrollo de los proyectos de vida colectivos e individuales.

Comenzamos este documento con algunas revisiones conceptuales sobre cuidados y apoyos. Luego, abordaremos algunas de las brechas existentes para el acceso a diversos programas e iniciativas sociales del Estado. Luego, nos detendremos en algunas de las estrategias que este colectivo viene desarrollando para incidir a nivel comunitario y/o regional en materia salud mental.

La metodología utilizada para esta sistematización contempló el uso de diversas fuentes y métodos: entrevistas y reuniones de trabajo con las profesionales de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén; revisión de fuentes abiertas gubernamentales y revisión bibliográfica.

III. ANTECEDENTES TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

A. Conceptualización de las políticas públicas

Las políticas públicas pueden ser entendidas desde distintas acepciones. Una política pública es la respuesta a un problema social que ha sido incluido en la agenda pública y que se define como el "proceso mediante el cual una cuestión, oportunidad o tendencia, ya aprobada y colocada en la agenda de la política pública, es estudiada, explorada, organizada y posiblemente cuantificada por los interesados, quienes no raramente actúan en el marco de una definición de autoridad, aceptable provisionalmente en términos de sus probables causas, componentes y consecuencias" (Hogwood, 1984).

Tamayo define las políticas públicas como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que, en un momento determinado, tanto los ciudadanos como el propio gobierno consideran prioritarios. En estas decisiones participan una multiplicidad de actores, sectores o niveles de gobierno, y en ese sentido la política pública es el resultado de un proceso social y político que no surge de un proceso lineal (Tamayo, 1997).

Con un enfoque más integrador de los distintos actores involucrados en el manejo de los asuntos públicos, Lahera señala que las políticas públicas corresponden a cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática, los que son desarrollados por el sector público, y frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado. A su vez, permiten un mayor desarrollo de la democracia, el ejercicio del principio de igualdad y la aplicación del enfoque de derechos humanos (Lahera, 2004).

Por su lado, y desde un enfoque más centrado en el rol del Estado, Oszlak las explica como una postura adoptada por quienes actúan en nombre del Estado, como los responsables de implementar ciertas acciones que llevan implícitas orientaciones político-ideológicas. Estas tomas de posición constituyen, en los hechos, las políticas públicas o políticas estatales de las agencias responsables de resolver las cuestiones agendadas (Ozlak, 2007).

Por otra parte, Huenchuán entiende las políticas públicas como una toma de posición de parte del Estado respecto de un problema público, que además, señala, debe considerar algunos atributos para ser considerada como tal: a) Incorporar medidas concretas; b) asignación de recursos; c) inscribirse en un marco general de acción; d) dirigidas a público destinatario de la política y, e) definir metas y objetivos (Huenchuán, 2009).

También desde el ámbito de la participación ciudadana, este factor toma un rol más visible en la definición de políticas públicas. Así, Serrano plantea que contra la lógica de un Estado centralista, con políticas estandarizadas y universales, se contrapone un Estado que propugna esquemas de acción en los cuales las soluciones se buscan en común entre autoridades, funcionarios y ciudadanos, donde estos últimos, lejos de ser clientes y simples beneficiarios de programas públicos, se transforman en contraparte, en ciudadanos activos (Serrano, 2014).

Pese a las diferencias que se pueden observar o a los énfasis que cada autor le da a las políticas públicas, Olavarría señala que siempre estas definiciones convergen en 4 aspectos centrales (Olavarría, 2007):

a) Decisión: Para que haya una política pública debe haber una decisión o conjunto de decisiones sobre un mismo tema, de una autoridad competente.

b) Proceso formal: Que esa decisión o conjunto de decisiones sigan un cierto proceso formal. Es decir, hay un cierto procedimiento institucional que lleva a que ciertas iniciativas se transformen o no en una política pública.

c) Aproximación técnico – racional: La caracterización del problema y la discusión sobre los aspectos sustantivos de la política pública hacen necesario el aporte de la aproximación técnico – racional.

d) Proceso político: Que tras la definición de una política pública exista un proceso político en que diversos actores expliciten sus intereses y pugnen porque los contenidos concretos de la política pública incorpore y satisfaga esos intereses.

El mismo autor, propone una clasificación de las distintas definiciones de política pública, agrupándolas a partir de aproximaciones conceptuales. En un primer grupo se encuentran aquellas nociones de política pública que se aproximan a aspectos formales – institucionales, vinculada estrechamente a una decisión de una autoridad legítima. Por otra parte, están las definiciones cercanas a lo técnico – racional, que busca decidir sobre la alternativa que maximice el bienestar social, y por último, una aproximación más política, que se genera a partir de un proceso político de confrontación de intereses (Olavarría, 2007).

En este contexto, el Informe Alternativo para el Examen del Estado de Chile ante el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad en su sesión 15, de marzo de 2016, da cuenta que

> *"no existe ninguna instancia de asistencia por parte del Estado para que las personas con discapacidad puedan participar activamente en la defensa y promoción de sus derechos".*

Si bien se plantea que el Estado ha avanzado en convocar a organizaciones y personas con discapacidad a mesas de trabajo e instancias de elaboración y evaluación de políticas, esto no se ha acompañado de ninguna asistencia que permita sostener una participación efectiva (Corporación Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad de Chile-CIMUNIDIS et al., 2016).

Un ejemplo de ello es el Plan Nacional de Salud Mental, documento lanzado en octubre de 2017, que contó con diversos procesos de consulta pública que consideraron a estamentos estatales, organizaciones no gubernamentales, colegios profesionales, universidades y organizaciones que trabajan con personas en situación de discapacidad. Al mismo tiempo, el proceso participativo contempló a la población general y a las personas en situación de discapacidad física y psíquica, sin embargo, no generó las condiciones necesarias que facilitaran su acceso. Lo anterior, se observó en los mecanismos utilizados (canales profesionales y página web), los cuales no siempre son de fácil acceso para la población en situación de discapacidad. Por ello, se hace necesario reducir la brecha y generar consultas diseñadas específicamente para las personas en situación de discapacidad, dado que su participación en organizaciones de la sociedad civil no supera el 33%.

A partir de las definiciones anteriores es importante destacar que el trabajo de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén se enmarca en enfoques de políticas públicas que promueven la participación activa de las personas en situación de discapacidad en la elaboración de políticas públicas inclusivas y participativas que respondan, efectivamente, a sus necesidades, lo que podría ser considerado como una experiencia exitosa de verdadera participación por parte de las personas con discapacidad psíquica.

B. Implementación de las políticas públicas

Los autores Subirats, Knoepfel, Larroue y Varone definen la implementación como el conjunto de procesos que, tras la fase de programación, tienden a la realización concreta de los objetivos de una política pública (Subirats, et al., 2008). Es una de las 5 etapas que distingue Jones en el ciclo de las políticas públicas: Identificación de un problema, formulación de soluciones, toma de decisión, implementación y evaluación (Jones, 1970). Si bien no hay un consenso en las fases del proceso de política pública, la implementación o ejecución es planteado por los distintos autores.

En este sentido, la fase de implementación es clave dentro de todo el ciclo de las políticas públicas porque sólo a partir de ella se puede dilucidar con mayor claridad la etapa previa de diseño así como la posterior de evaluación (Blanco, 2010). Esta fase de las políticas públicas, entonces, se ubica entre la decisión y sus resultados.

Son múltiples las variables que determinan el éxito del proceso de implementación, las cuales son el contexto de las políticas, sus características, los agentes y agencias a cargo y las estrategias (Grindle y Thomas, 1991; Freeman, 2000).

Esta etapa puede desarrollarse desde distintos enfoques, que se diferencian dependiendo del rol que le otorgan a distintos actores en la toma de decisiones. El enfoque Top-Down (de arriba hacia abajo) trabaja desde la jerarquía, con actores políticos y técnicos y establece una diferencia entre la formulación, la toma de decisiones y la implementación (Roth, 2012). Otro enfoque es el llamado Bottom-Up (de abajo hacia arriba), que desarrolla su trabajo involucrando a los actores locales, quienes también participan de la política pública. Como plantea Roth, se pretende partir del núcleo del problema para construir así la solución de manera paulatina (Roth, 2002).

En general, las políticas públicas se definen a nivel central obviando, en muchos casos, el correlato con lo territorial y no considerando la heterogeneidad en la aplicación. Esto se plantea como un importante desafío en las políticas de salud y, en especial, de salud mental donde tampoco se aborda la participación social de personas con patologías de salud mental y sus familias en la toma de decisiones y en el estigma asociado a la enfermedad psiquiátrica (Retamal, Markkula y Peña, 2016).

El artículo 12 de Convención de Derechos de las personas con discapacidad, le exige a los estados garantizar el acceso y el disfrute de las personas en situación de discapacidad a todos los derechos. De hecho plantea el "Igual reconocimiento como persona ante la ley", especificando en sus artículos lo siguiente:

> 1. "*Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica.*
>
> 2. *Los Estados Partes reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.*
>
> 3. *Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.*
>
> 4. *Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho*

internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las personas con discapacidad no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria (ONU, 2008)".

Para ello los países deben dar los apoyos necesarios para que las personas en situación de discapacidad ejerzan su capacidad jurídica, cuestión que en Chile son espacios que se están comenzando a abrir, pero aún de manera insuficiente.

C. Sistema de protección social

Chile tiene una vasta historia en la construcción e implementación de políticas públicas en educación, salud y protección social (Robles, 2011). Esto nos ha llevado a ser un país con bajos niveles de pobreza, en comparación con otros países de la región, y una alta expectativa de vida, la cual es similar a la que alcanzan los países en desarrollo. En este sentido, los derechos y la protección social proveen el marco ético y político a partir del cual se construyen procesos reflexivos, de investigación y de generación de conocimiento, que permiten crear intervenciones sociales que produzcan mejoras reales en la calidad de vida de las personas. Esto se traduce en que la protección social es la herramienta para cubrir la brecha entre los derechos atribuidos y la capacidad de garantizarlos (Robles, 2011). El sistema de protección social es el piso mínimo que coloca el Estado de acceso a garantías en relación a los derechos económicos, sociales y culturales.

Un sistema de protección fundado en derechos, implica ocuparse de las diversas formas de vulnerabilidad, las cuales adquieren múltiples expresiones, tales como la discapacidad, la dependencia, la inseguridad económica, la desvinculación social y comunitaria, la discriminación, las carencias en salud, los déficits educacionales, la imagen negativa de la vejez, entre otros.

Chile es uno de los países con menor pobreza en América Latina y el Caribe (Robles, 2011). Los resultados de la Encuesta Casen 2015 (Ministerio de Desarrollo Social, 2016) permiten observar que la población en situación de pobreza ha disminuido sostenidamente en el tiempo, tanto a través de las mediciones realizadas por ingreso como por variables multidimensionales (educación, salud, trabajo y vivienda). Entre 2013 y 2015 la pobreza por ingresos se redujo de 14,4% a 11,7%, y la pobreza multidimensional de 20,4% a 19,1%. Pese a lo anterior, el coeficiente de Gini[1], continúa mostrando un patrón marcado de desigualdad,

1 El coeficiente de Gini es un índice que permite medir desigualdad, tomando valor 0 cuando existe perfecta igualdad de ingresos entre todos los hogares, y valor 1 cuando existe máxima desigualdad, es decir, todo el ingreso se concentra en un hogar (Ministerio de Desarrollo Social, 2016).

no obstante, se observa una disminución moderada pero significativa en la distribución del ingreso de 0,504 a 0,495 (Ministerio de Desarrollo Social, 2016).

Esta realidad se relaciona con que el país fue pionero en la expansión de los servicios de salud y educación gratuitos a partir de 1950. No obstante, esta situación cambió al comenzar los años ochenta, donde se comenzó con las lógicas de focalización y la privatización de los servicios. Los beneficios eran entregados de acuerdo a los puntajes obtenidos en los instrumentos de medición de la pobreza. El 2000 vuelve a cambiar el sentido de las políticas públicas y se comienza a generar una doble dinámica, por una parte, se consolida una oferta de políticas sociales heterogénea en función de la diversidad de requerimientos de la población; por la otra, se produce una creciente especialización de las políticas en torno a los ejes de la protección y promoción social, articulándose ambos sectores. En esta línea están los programas tales como las Garantías Explícitas en Salud y las pensiones básicas solidarias (Robles, 2011).

El Ministerio de Desarrollo Social sostiene en la actualidad que la medición de la pobreza debe ser un proceso multidimensional, íntimamente ligado a las distintas carencias en diversas dimensiones que afectan el bienestar de las personas. Por ello el año 2015 se asume una nueva conceptualización de la pobreza, mejorando su sistema de medición desde una perspectiva más comprehensiva, lo cual permite diseñar e implementar mejores políticas sociales en beneficio de quienes más lo necesitan desde el enfoque de protección y no asistencialismo (Ministerio de Desarrollo Social, 2015).

De esta forma, el Sistema de Protección Social es un

> *"conjunto articulado y específicos de normas, mecanismos y unidades institucionales ejecutoras, que rigen y aseguran el suministro de prestaciones sociales, de acuerdo a los recursos financieros y criterios de asignación que define la ley"* (Berner, 2015).

Lo anterior se traduce en una red de programas sociales relacionados con políticas sectoriales y transversales.

Con ello, se ha buscado potenciar la acción intersectorial, instalando mecanismos específicos de coordinación al interior del Estado y fortaleciendo los sistemas de información social disponibles. En este diseño juega un rol central el enfoque del ciclo de vida. La protección social es considerada como un sistema de carácter continuo y permanente a lo largo de distintas fases por las que atraviesan las familias y grupos vulnerables (Robles, 2011).

Lo planteado con anterioridad debe necesariamente acompañarse del vínculo comunitario. De acuerdo a lo que se sostiene en torno al bienestar, para que éste sea efectivo no sólo se necesita la satisfacción individual, sino que también alcanzar el cumplimiento de las necesidades colectivas y relacionales. Las personas no pueden pensarse sino es en un entorno cultural, político y económico, pues su calidad de vida implica el acceso a condiciones sociales vastas y diversas. El ser humano necesita compartir experiencias y ser un participante activo en la vida social (Montero, 2004).

La concepción del desarrollo comunitario que fundamenta la política pública busca que las personas de escasos recursos, carentes de servicios, se organizasen y asuman la tarea de gestionar el cambio, en el sentido de mejorar su ambiente y responsabilizarse por su mantenimiento (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). De este modo, la comunidad se convierte en un ente dinámico compuesto por agentes activos y actores sociales constructores de la realidad en que viven. Este enfoque incluye la diversidad y hace énfasis en las fortalezas y capacidades, más que en las carencias y debilidades, presenta una condición política

en tanto supone formación de ciudadanía y fortalecimiento de la sociedad civil. La acción comunitaria fomenta la participación y se da mediante ella (Montero, 2004).

Finalmente, y desde una perspectiva histórica, de acuerdo a lo planteado por Claudia Robles (Robles, 2011) y la Subsecretaria de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social, Heidi Berner, la protección social en Chile se ha construido a partir de los siguientes hitos (Berner, 2015):

- **En 1924** se crea la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, iniciativa que con los años se extiende a los profesionales independientes, a las Fuerzas Armadas y Carabineros y a otros regímenes particulares que cubren los diversos sectores de los trabajadores.

- **En 1954** entra en funcionamiento el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) que entrega leche a las madres que se atienden en consultorios.

- **En 1958** se implementa el programa de Alimentación Escolar (PAE) que entrega hasta tres colaciones a niños y niñas de escasos recursos, dependiendo de su asistencia al establecimiento.

- **Durante la década de los sesenta** se crea la Oficina de Planificación, bajo el alero de la Corporación de Fomento. En 1967 se crea la Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN), dependiente del Presidente de la República y relacionada con el Ministerio del Interior.

- **La Ley Nº869 y 18.600** crean el Subsidio a la Discapacidad Mental en 1975. A su vez, comienza su funcionamiento el Programa de Pensiones Asistenciales (PASIS), que buscaba extender la seguridad social a la población no cubierta.

- **El 1981** entran en funcionamiento las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y el Subsidio Único Familiar.

- **Entre 1990 y 2000** el país se focaliza en la superación de la pobreza, duplicando los presupuestos de salud y educación e iniciando programas sociales dirigidos a los grupos más vulnerables.

- **En 1990** se crea el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) que tiene como objetivo la promoción del desarrollo del país y de acciones de política social.

- **A partir del 2000** comienza la instalación progresiva del Sistema de Protección Social, considerando no sólo a aquellos sectores de la población en situación de pobreza.

- **El 2002** se reemplazó el subsidio de desempleo por un seguro de desempleo, el que se amplió el 2009 y se fortaleció el 2014, aumentando sus prestaciones e instalando un enfoque de políticas activas hacia el mercado del trabajo.

- **Durante 2004** se creó el Sistema Chile Solidario, cuyo objetivo era implementar una intervención integral sobre las familias chilenas más vulnerables. A su vez, se genera una importante reforma en salud, que instituye el sistema de Atención Universal de Garantías Explícitas (AUGE).

- **En 2007** se crea el Subsistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

- **El 2008**, en el marco de la Reforma Previsional, se instala el Pilar Solidario en el Sistema de Pensiones.

- **En 2009** se crea el Sistema Intersectorial de Protección Social, estableciéndose un modelo de gestión articulado entre las distintas acciones y prestaciones sociales ejecutados por los distintos organismos del Estado, siendo MIDEPLAN a quien se le otorga el rol coordinador, cambiando su nombre a Ministerio de Desarrollo Social.

- **El 2012** se modifica el Sistema Chile Solidario, pasando a ser el Subsistema de Seguridades y Oportunidades, también conocido como Ingreso Ético Familiar.

- **Entre 2014 y 2018** se ha fortalecido y ampliado el Chile Crece Contigo, cubriendo a niños de hasta 8 y 9 años. Se ha potenciado el Subsistema de Seguridades y Oportunidades con un enfoque de derechos. Además, se diseñó y comenzó a implementar el Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados.

Es importante recalcar que Chile presenta una vasta tradición en la creación e implementación de políticas sociales, que han permitido erradicar la desnutrición infantil, las enfermedades infectocontagiosas, disminuir los índices de mortalidad maternoinfantil, entre otros. Sin embargo, estas políticas no surgen desde la mirada de la necesidad de brindar cuidado en su expresión general e integral, sino que en la necesidad de abordar una problemática puntual.

El cuidado en su acepción actual de acuerdo a Laura Pautassi, es un derecho humano, consagrado en las Convenciones de Derechos Humanos, y en aquellas específicas para los niños, niñas, mujeres, personas en situación de discapacidad y personas mayores. A su juicio, el cuidado debe trascender la relación asalariada formal y el género, como construcción social donde son las mujeres quienes deben cuidar desde el modelo patriarcal y de instinto maternal. En este sentido, la ética de cuidado para la autora implica obligaciones estatales: el Estado está obligado a proveer cuidado, está obligado también a establecer regulaciones para quienes cuiden, abstenerse de ciertas instancias que impidan el desarrollo del cuidado. De este modo, todos tenemos derecho a cuidar, a poder cuidar y al autocuidado y es el Estado quien debe facilitarlo y proveerlo.

D. Modelo de salud familiar y comunitario

En Chile, el año 2005, desde el Ministerio de Salud, se comienza a implementar una importante reforma en la salud pública, basada en la generación de un modelo de atención integral. Se desafía a los equipos para transformar el Consultorio en un Centro de Salud Familiar y Comunitario (CESFAM), lo que implica cambiar el enfoque, salir de lo meramente biomédico y pasar a lo biopsicosocial, trabajar con las familias, ensayar nuevas formas de relación, poner al usuario y su salud al centro del quehacer cotidiano y constituirse como un eje de desarrollo social y comunitario.

Las características principales de este nuevo modelo de salud familiar y comunitario son: Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad; Continuidad de la atención y de los cuidados de salud; Prestación de servicios integrados; Resolutividad; Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes; Participación social; Promoción de Salud; Interculturalidad; Impacto sanitario; y Enfoque de Género.

A su vez, se relevan tres principios irrenunciables, los cuales son:

1. Centrado en las personas: Esto implica que se consideran las definiciones y prioridades relativas a las necesidades y expectativas que hacen las propias personas y sus familias, estableciéndose una corresponsabilidad del cuidado de la salud entre ellas y los equipos sanitarios, enfatizándose en los derechos y deberes de cada quien.

2. Integral: Se debe considerar a lo largo de todo el sistema de salud, incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. A su vez, debe comprender la multidimensionalidad de los problemas presentados por las personas. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

3. Continuidad de los cuidados. Ésta se puede definir desde tres perspectivas:

a. Desde las personas que se atienden, correspondiendo al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo.

b. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, donde es dable destacar la continuidad clínica entendida como el grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). También es importante el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, recursos humanos, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas en todas las unidades del sistema de salud.

c. Desde el equipo Profesional, donde su disposición y coordinación durante el proceso de cuidado es clave en términos de los objetivos de la red.

Lo anterior implica en términos prácticos:

a) Reducir la fragmentación del cuidado asistencial.

b) Mejorar la accesibilidad del sistema.

c) Evitar la duplicación de infraestructura y servicios.

d) Disminuir los costos de producción.

e) Responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

f) Mejorar la aceptabilidad de los Servicios. Apoyar el cuidado de la salud a lo largo de las etapas de la vida

g) Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red de salud (intrasector) y del intersector para la atención de las personas con problemas de salud.

h) Realizar una asignación de equipos de cabecera a las personas y sus familias y planificar la atención de la población inscrita en el establecimiento de atención de salud.

E. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental

En este sentido, el nuevo modelo de gestión de la Red Temática en Salud Mental, como parte de la red general de salud, plantea a propósito de lo anterior, y tomando en consideración la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, que

> *"se deben dar a conocer masivamente a la comunidad los derechos y principios de participación activa y necesaria en la sociedad de las personas con discapacidad, fomentando la valoración de la diversidad humana, dándoles el reconocimiento de persona y ser social necesario para el progreso y desarrollo del país"* (Ministerio de Salud, 2017, página 44).

Para ello, sostiene que se deben cumplir una serie de principios, los cuales se describen y definen de la siguiente manera (Ministerio de Salud, 2017, página 44):

> **a) Vida Independiente:** estado que permite a una persona tomar decisiones, ejercer actos de manera autónoma y participar activamente en la comunidad, en ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad.
>
> **b) Accesibilidad Universal:** la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas, en condiciones de seguridad y comodidad, de la forma más autónoma y natural posible.
>
> **c) Diseño Universal:** la actividad por la que se conciben o proyectan, desde el origen, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de forma que puedan ser utilizados por todas las personas o en su mayor extensión posible.
>
> **d) Intersectorialidad:** el principio en virtud del cual las políticas, en cualquier ámbito de la gestión pública, deben considerar como elementos transversales los derechos de las personas con discapacidad.
>
> **e) Participación y Diálogo Social:** proceso en virtud del cual las personas con discapacidad, las organizaciones que las representan y las que agrupan a sus familias, ejercen un rol activo en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas que les conciernen.

A su vez, es importante considerar los mecanismos de la OPS que contribuyen a la continuidad del cuidado y que están planteados en el mismo documento:

> a) Compartir información sobre una persona (coordinación de la información).
>
> b) Coordinar el cuidado entre los distintos niveles asistenciales (gestión integrada del cuidado).
>
> c) Regular el acceso a lo largo de la red de servicios (regulación del acceso) (Ministerio de Salud, 2017).

Se releva también desde el Ministerio de Salud que uno de los ejes de la atención comunitaria en salud mental, se relaciona con los cuidados, referidos no solo a la persona en situación de discapacidad psíquica, sino que a la relevancia del trabajo con la familia y su entorno como ejes centrales para la recuperación integral de su

salud y de su sistema social. De este modo, atender a la persona es ir más allá de los síntomas, vale decir, la atención implica generar relaciones entre el sujeto y su entorno de apoyo, es por esto que la articulación en red es fundamental para que la persona alcance su bienestar y una mejor calidad de vida, considerando ámbitos como el trabajo, la educación, los afectos, las relaciones sociales, entre otros (Ministerio de Salud, 2017).
En resumen, el mismo documento del nuevo modelo de gestión de la Red Temática en Salud Mental, sostiene que

> *"la continuidad del cuidado se traduce en estrategias y acciones que optimicen la resolución de las necesidades de salud de las personas y sus comunidades, en el marco de una red donde la persona y su familia cuenten con acompañamiento y seguridad en la atención de manera continua y oportuna. Esta continuidad implica una coherencia entre el modelo, el diseño de las atenciones, los recursos y el tiempo para el trabajo comunitario, de manera que se valide (valorización y registro) de la misma forma que las prestaciones clínicas"* (Ministerio de Salud, 2017, página 44).

Es importante sostener que este modelo teórico al cual hace referencia el Ministerio de Salud como una orientación técnica, debe implementarse en cada territorio, de tal forma de cumplir con los preceptos de la Convención de Derechos y hacer efectivo el acceso a una atención integral y de calidad por parte de las personas en situación de discapacidad psíquica y su entorno de apoyo.

F. Caracterización de la Discapacidad en Chile

A continuación, y en relación a lo anterior, es importante caracterizar la discapacidad en Chile, acción que fue realizada de manera más amplia en el Informe de Sistematización Programa de Apoyo para la Autonomía: Acompañamientos para el acceso a derechos, pro autonomía y participación comunitaria, publicado por la Comunidad Terapéutica de Peñalolén en mayo de 2017, y que en este apartado se trabaja de manera más sintética.

La discapacidad es una construcción simbólica, un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud y déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Esto es compartido por varios actores, incluido SENADIS, quien, en su Segundo Estudio Nacional, utiliza dicha conceptualización, relevando la interacción entre los individuos y sus factores contextuales, ambientales y personales. A su vez, sostiene que las personas en situación de discapacidad son aquellas que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, ven restringida su participación plena y activa en la sociedad (SENADIS, 2015).

En Chile, según la Encuesta de Discapacidad 2015 (SENADIS, 2015), el 20% de la población adulta de 18 y más años vive en con alguna condición de discapacidad, de ellos el 8,3% tiene problemas severos en su desempeño (discapacidad severa) y el 11,7% está en situación de discapacidad leve a moderada. El 40,4% de las personas adultas en situación de discapacidad se encuentran, además, en situación de dependencia. En este sentido, el 41,2% cuenta con la colaboración de terceros para la realización de sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, mientras que el 53,9% reporta no necesitarlo. Es importante resaltar que el 4,9% requiere del apoyo de otra persona y no cuenta con él (SENADIS, 2015). Cabe agregar que el 73,9% de los cuidadores de las personas que viven en contextos de discapacidad son mujeres, las cuales en su mayoría no reciben una remuneración por sus labores de asistencia (SENADIS, 2015).

La discapacidad es una condición que afecta más al sexo femenino. El 24,9% de las mujeres presenta esta condición, de las cuales 14,3% corresponde a discapacidad leve a moderada y 10,6% a severa. En los hombres la discapacidad alcanza el 14,8%, situándose el 8,9% en discapacidad leve a moderada y 5,9% en severa. De este modo, del total de personas en situación de discapacidad, el 64,4% son mujeres y el 35,6% son hombres (SENADIS, 2015).

De acuerdo al grupo etario, la mayor prevalencia de discapacidad se observa en la población de 60 años y más. En este sentido, del 100% de las personas que presentan discapacidad, el 8,3% tiene entre 18 y 29 años, el 12,7% entre 30 y 44 años, el 31,8% se sitúa entre los 45 y 59 años y finalmente el 47,2% tiene 60 y más años. Es importante sostener que entre los 18 y 59 años los porcentajes de mayor discapacidad están en los niveles leve a moderado, mientras que en las personas de 60 y más años, existe una mayor prevalencia de la discapacidad severa (SENADIS, 2015).

En referencia a la inclusión de las personas que viven en situación de discapacidad, el 42,9% participa en el mercado laboral, de los cuales el 39,3% están ocupados y el 3,6% están desocupados. Son los hombres quienes ostentan un porcentaje mayor de participación laboral alcanzando un 53,1%, cifra que se reduce a 37,2% en las mujeres. A su vez, los tramos etarios de 30 a 44 y de 45 a 59, son los que concentran los mayores porcentajes de inclusión laboral con un 72,9% y 65,1% para cada uno (SENADIS, 2015). El porcentaje de personas con discapacidad inactivas alcanza 57,2%.

En cuanto a los ingresos, estos son bastante menores en comparación con la población sin discapacidad. El promedio de ingreso mensual para estos alcanza los $434.586, mientras que para una persona con discapacidad leve o moderada es de $303.820. Para una persona con discapacidad severa disminuye aún más, alcanzando los $269.583 (SENADIS, 2015). Al igual que sucede con la población general, son los hombres en situación de discapacidad quienes tienen ingresos más altos, percibiendo en promedio $355.528. Esta cifra para las mujeres alcanza los $246.340 (SENADIS, 2015).

El 51,6% de las personas con discapacidad presenta alguna condición permanente relativa a dificultad física y/o movilidad (36,9%), mudez o dificultad en el habla (3,7%), dificultad psiquiátrica (4,1%), dificultad mental o intelectual (5,4%), sordera o dificultad para oír, aun usando audífono (8,2%), ceguera o dificultad para ver aun usando lentes (11,9%). Este porcentaje (51,6%) para las personas en situación de discapacidad leve o moderada alcanza 34,1% y en personas con discapacidad severa es de 76,2% (SENADIS, 2015).

El porcentaje de la población adulta que recibió servicios de rehabilitación por situación de discapacidad en los últimos 12 meses es de 19,1%, donde el 15,1% corresponde a personas en situación de discapacidad leve y moderada y 24,7% a personas con discapacidad severa (SENADIS, 2015).

En relación a la participación social, el 61,3% de las personas en situación de discapacidad no participa en organizaciones sociales, mientras que el 38,7% sí lo hace. Las mujeres participan en mayor medida (40,9%) que los hombres (34,7%) (SENADIS, 2015).

Es importante destacar que las personas en situación de discapacidad que señalan haberse sentido discriminadas en el último año representan el 23,9%, cifra muy superior a lo planteado por la población sin discapacidad que alcanza el 10,3%. Las cifras más altas de discriminación son percibidas por las personas con discapacidad severa (31,1%). De acuerdo al sexo, son los hombres quienes muestran niveles mayores de percepción de discriminación con un 27,7%. Esta cifra para las mujeres alcanza 21,8% (SENADIS, 2015). En razón de lo anterior, el Informe Mundial de Discapacidad 2011, da cuenta que la población con discapacidad psíquica o intelectual tiene mayores dificultades para su inclusión en todos los ámbitos de

la vida, siendo un elemento importante las barreras sociales en el entorno. De hecho, el mismo informe sostiene que las personas con trastornos mentales graves tienen una brecha de atención de entre el 35% y el 50% en los países desarrollados y de entre el 76% y 85% en los países en vías de desarrollo.

Es de vital importancia insistir en que quienes viven con enfermedades mentales son más vulnerables social y económicamente que la población general, esto se debe, en gran medida, a las restricciones de los seguros de salud y al mayor gasto de bolsillo en el que incurren, a que presentan mayores cifras de desempleo, tienen bajo nivel de escolaridad y altos niveles de dependencia. Se suma a ello que esta población es más propensa a presentar otras patologías como enfermedades cardiovasculares y cánceres, lo que complejiza aún más su situación.

G. Recursos asociados a la implementación de las políticas públicas en materia de salud mental

El informe realizado en 2015 por Dainius Pūras, relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sostiene que los problemas de salud mental y las discapacidades mentales constituyen el 14% de la incidencia total de enfermedades, pero en contraste con lo que sucede con la salud física, a la salud mental se le atribuye un nivel de prioridad inadecuadamente bajo y se le asignan recursos humanos y financieros insuficientes (Larraín y Abusleme, 2017).

En este sentido, es dable considerar que las personas con "enfermedades mentales" han sido históricamente excluidas y marginadas, mientras que un importante número ha sido institucionalizada bajo políticas manicomiales. La OMS, en este sentido, sostiene que con frecuencia esta población ha sido aislada de la sociedad, siendo objeto de tratos inhumanos y degradantes, violencia física, emocional y abandono, privación del derecho a ejercer la autonomía y carencia de acceso a todas las formas de inclusión social: educación, salud, actividades políticas, trabajo, derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

Lo mismo plantea la Convención de Derechos Humanos para las personas con discapacidad, donde se declara que "las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con los demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo". Cabe agregar que la Organización de Naciones Unidas ha declarado que

> *"sin salud mental, no hay salud física"*.

El Informe Alternativo para el Examen del Estado de Chile ante el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad en Sesión Nº 15 de marzo de 2016 sostiene, según datos del Ministerio de Salud, que entre

> *"las falencias de la legislación en salud mental en Chile, se destacan las siguientes: no se reconoce el derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental; se permite declarar la interdicción de una persona con discapacidad mental con facilidad y nombrar un curador para que maneje sus bienes; se establece que el derecho de las personas con discapacidad mental para conocer la información de su ficha clínica puede ser negado a criterio del médico tratante, en contraposición con el estándar de la OMS; no se contempla la creación de una autoridad independiente para supervisar las hospitalizaciones involuntarias y otras restricciones de derechos ni establece mecanismos de apelación; y no reconoce el derecho exclusivo de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles"*.

La ignorancia y la estigmatización que rodean a las personas con "enfermedades mentales" están muy extendidas y pese a disponer de tratamientos eficaces, existe la creencia de que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Lo anterior disuade a las personas con sufrimiento psíquico de recurrir a los servicios de salud mental y puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento y privarlas de atención médica y apoyo (Larraín y Abusleme, 2017).

Es importante resaltar que dado estas condiciones, muchas veces son las familias quienes asumen los costos de tratamiento, existiendo una importante sobrecarga en lo relativo a recursos económicos, sociales y de cuidado.

En Chile se observan importantes prevalencias en materia de salud mental. En el 15,8% de la población existe "sospecha" de depresión y en el 6,2% depresión como patología. El 2,2% ha pensado alguna vez en suicidarse en los últimos 12 meses y el 0,7% lo ha intentado. Un 18,7% ha recibido tratamiento debido a problemas emocionales o por el uso de alcohol y drogas y el 36,1% reporta estar utilizando la Garantía Explícita en Salud para depresión (MINSAL, 2018).

Desde otra perspectiva, la prevalencia de vida de pensar frecuentemente en la muerte fue de 35,3%, de deseos de estar muerto fue 20,2%, de ideación suicida fue 14,3% y de intento de suicidio fue 7,7% (Silva, et al., 2013).

En este sentido, y en relación con lo anterior, el bienestar psicológico posee una naturaleza determinada por múltiples factores, tales como condiciones de vida, estilo de vida, modo de vida y calidad de vida. El concepto de calidad de vida incluiría el elemento vivencial a través de la satisfacción personal o bienestar subjetivo. La satisfacción con la vida surge a partir de la interacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial. Por ello la calidad de vida confluye en dos dimensiones principales: la objetiva y la subjetiva. El bienestar psicológico está determinado socio-culturalmente, existiendo una interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico, donde la personalidad como sistema regulador desempeña un importantísimo papel. Lo anterior hace referencia a una vivencia subjetiva relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular, todo lo cual está mediado por la personalidad y por las condiciones socio- histórico y culturales en que se desenvuelve el individuo (García-Viniegras C, González, I; 2000).

Las sociedades contienen en sí mismas una serie de desigualdades, que son producto del sistema de organización social existente, que limitan el desarrollo de una vida adecuada basada en el bienestar integral. Esas desigualdades se observan en las condiciones de vida de la primera infancia, la escolarización, la naturaleza del empleo y las condiciones de trabajo, las características físicas del medio construido y la calidad del medio natural en que vive la población. De este modo, las condiciones sociales y físicas del entorno, sumado a la posibilidad de apoyo psicosocial y a los esquemas de conducta de la comunidad, hacen a la población ser más o menos vulnerables a las enfermedades. De este modo, el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) nace desde un esfuerzo comprensivo en torno a las teorías de la relación de la salud con las condiciones de vida, en estrecha vinculación con los conceptos de equidad y justicia social.

Es importante sostener que se observa un déficit en el financiamiento (Valdés y Errázuriz, 2012) dado que éste no coincide con lo planteado desde la OMS. Del mismo modo, tampoco se ha cumplido con lo sostenido en la Convención de Derechos Humanos para Personas con Discapacidad en lo relativo a la salud

mental. Sin embargo, el país ha actualizado sus compromisos en esta área a través de la formulación del Plan Nacional de Salud de Mental 2017 – 2025.

Por otro lado, existen grandes diferencias en el mundo en la distribución de profesionales dedicados a la salud mental. La escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos/as y trabajadores/as sociales son algunos de los principales obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención. De acuerdo al informe elaborado por el Ministerio de Salud y la Universidad de Chile en 2014 sobre la situación de la salud mental en el país, existen 41,5 profesionales y técnicos por cada cien mil usuarios de FONASA. A nivel nacional, existen 7 psiquiatras, 2 enfermeras, 1,9 trabajadores sociales, 3 terapeutas ocupacionales y 171,5 psicólogos por cada cien mil habitantes, destacando estos últimos por su cantidad y desproporción en relación a las otras profesiones (MINSAL, 2014).

En referencia a los dispositivos de atención, el mismo informe da cuenta de un aumento considerable en la última década. Al 2012 existían 832 centros de atención primaria que proveían de atención en salud mental, 723 postas rurales, 83 centros de salud mental comunitaria, 53 unidades de psiquiatría ambulatoria, 45 hospitales de día, 23 unidades de corta estadía para adultos en hospitales generales, 8 unidades de corta estadía para adolescentes en hospitales generales, 51 centros diurnos, 5 hospitales psiquiátricos y 199 hogares y residencias protegidas. En este marco, la razón de prestaciones ambulatorias versus prestaciones residenciales alcanzó 1,82, bastante superior al 0,88 que existía el 2004 (MINSAL, 2014).

Pese a estos esfuerzos, se reconoce el déficit en materia de recursos humanos especializados para el abordaje de la salud mental, cuestión que trata el Plan Nacional en esta materia para los años 2017-2015, sosteniendo que se debe generar un plan de cierre de brechas de servicios de salud mental, involucrando a la autoridad ejecutiva y legislativa en su generación e implementación, que incluye los recursos necesarios para cerrar las brechas de recursos humanos, de infraestructura, de equipamiento y operación de los establecimientos y dispositivos de la red (MINSAL, 2017). Cabe agregar que estas acciones deben potenciar las alianzas con los establecimientos de educación superior y los institutos de formación técnica. En este marco, el mismo Plan antes mencionado, sugiere a los establecimientos de salud realizar gestiones para promover las investigaciones en salud mental, la vinculación de los servicios de salud con las universidades, la promoción de tiempos protegidos para el desarrollo de investigación y sistematización de prácticas efectivas y la promoción de cursos de capacitación para equipos clínicos de salud mental (MINSAL, 2017).
Lo anterior y en concordancia con el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, los hospitales psiquiátricos deben avanzar en reconvertir sus recursos hacia la mirada comunitaria, tal como lo plantean los demás componentes de la red territorial. Esto implica que las Unidades de Mediana Estadía que funcionan en los hospitales psiquiátricos, se conviertan en Unidades de Rehabilitación Intensiva y Tratamiento Integral Comunitario, o bien instalarse como Unidades al interior de hospitales generales. Lo anterior se plantea como clave para determinar la cartera de servicios, la dotación de recursos humanos y los requerimientos de infraestructura necesarios para implementar un enfoque de atención de calidad y cuidados integrales para una rehabilitación intensiva y continua en el tiempo (MINSAL, 2018).

A nivel regional (América Latina y el Caribe) la tasa total de profesionales que trabajan en los servicios de salud mental es de 21,1 por cada cien mil habitantes. Las diferencias entre las subregiones son notables: se observa una fuerza laboral mayor en el Caribe no latino con una tasa de 69,2 profesionales, mientras que en América del Sur la tasa fue de 27,7 y en Centroamérica, México y el Caribe latino solamente de 8,7 profesionales por cien mil habitantes (OPS, 2016).
Dentro de la región, la tasa mediana de recursos humanos destinados a la salud mental varía según las profesiones y va desde 0,2 terapeutas ocupacionales hasta 4,5 trabajadores de otro tipo por cada cien mil habitantes. En cuanto a la composición total del personal de salud mental, el 10% son psiquiatras, 12%

otros médicos, 15% enfermeras/os, 14% psicólogos/as, 5% asistentes sociales, 3% terapeutas ocupacionales y 39% trabajadores de otro tipo (OPS, 2016).

De acuerdo a lo revisado en los párrafos anteriores, es posible plantear que existen brechas que surgen considerando los supuestos teóricos y las orientaciones técnicas y el funcionamiento de la red y las instituciones que la componen. Lo anterior, se puede explicar por la carencia de profesionales capacitados teórica y prácticamente en enfoque de derechos, discapacidad y trabajo comunitario; la presencia de distintas formas para trabajar con las personas con discapacidad; la preponderacia del trabajo con personas en situación de discapacidad física; la rigidez de las metas, las cuales no se adecúan a las realidades territoriales heterogéneas; los bajos recursos establecidos, los cuales no se ajustan a los servicios requeridos; la diferencia en las expectativas entre los consultantes, el entorno próximo y los equipos sociosanitarios; la carencia de fichas clínicas compartidas entre los distintos niveles de salud; la carencia de protocolos locales de atención construidos participativamente; la insuficiencia en la inclusión de la participación ciudadana; el desconocimiento de la comunidad en relación a la discapacidad; entre otros.

H. Definiciones de Cuidados y Apoyos para las Personas en Situación de Discapacidad

Fischer y Tronto sitúan el cuidado en el centro de la vida humana considerando que se hace cargo de las necesidades físicas, emocionales y de relacionamiento de los seres humanos (Flores-Castillo, 2012). En este sentido, y de acuerdo a lo planteado por Atenea Flores, el cuidado tendría dos elementos: 1) el bienestar propio y 2) el bienestar o la preocupación por los otros y/o por lo ajeno (Flores-Castillo, 2012). Otros autores plantean el cuidado como el desarrollo y el mantenimiento del tejido social, teniendo este último, un enfoque más economicista (Flores-Castillo, 2012).

Laura Pautasi, sostiene la crisis del cuidado, dado el momento histórico donde se reorganiza simultáneamente el trabajo remunerado y doméstico no remunerado, mientras que persiste una mirada de género, donde aún a la mujer se le atribuye la responsabilidad y la provisión de los cuidados (Pautasi, 2016).

En la X Conferencia de América Latina y el Caribe (Quito, 2007), se aborda el cuidado desde un enfoque de derechos, es decir, toda persona tiene a derecho a "cuidar, ser cuidado y a cuidarse". Esto se traduce en una mirada distinta para el ejercicio del cuidado, desvinculándolo de la condición o posición que se ocupe. El reconocimiento del cuidado como un derecho obliga a incorporar estándares y principios a la actuación de los Estados en situaciones concretas para proveerlo y asegurarlo como un derecho en cuanto a su acceso.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce la necesidad de apoyos y cuidados. En ese sentido, reconoce la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso; promueve formas de asistencia y apoyo para asegurar el acceso a la información; mandata a los Estados Partes a tomar las medidas necesarias para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar para el ejercicio de su capacidad jurídica; promueve la existencia de una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencias y otros servicios de apoyo para facilitar su inclusión; estimula la generación de apoyos para la formación educativa efectiva de las personas con discapacidad y, al mismo tiempo, promuevan su máximo desarrollo académico y social; exige a los Estados Partes la implementación de medidas efectivas que permitan que las personas con discapacidad alcancen la máxima independencia, la inclusión y participación en todos los aspectos de la vida (ONU, 2008).

En este marco, el mismo documento propone un cambio de paradigma que reconoce a las personas en situación de discapacidad como sujetos de derecho y no solo como sujetos de protección, rehabilitación y protección social, mandatando a los Estados Partes a que generen las medidas necesarias para no solo asegurar el cuidado de esta población, sino que también garantizar su acceso a una diversidad de formas de apoyo que permitan su real integración y ejercicio de sus derechos (ONU, 2008).

La Ley 20.422 que establece las normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, define los servicios de apoyo como

> *"toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o política, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional".*

Es interesante hacer notar que esta Ley no define cuidados, pero sí lo que considera ro del cuidador, el cual es

> *"toda persona que proporciona asistencia permanente, gratuita o remunerada para la realización de actividades de la vida diaria, en entorno del hogar, a personas con discapacidad, estén o no unidas por vínculo de parentesco".*

Pese a lo anterior, es importante considerar que los apoyos y cuidados son interdepedientes y complementarios, y la provisión de uno u otro va a depender de las necesidades y requerimientos de cada persona. Lo central, no obstante, en ambos, es el respeto en el ejercicio de la autonomía de cada quien.

La Relatora Especial de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Catalina Devandas, plantea que

> *"los Estados deben tomar todas las medidas que procedan para asegurar que los programas de apoyo respeten la dignidad, la autonomía y la independencia de las personas sin discriminación. En este sentido, se deben establecer salvaguardias relativas a la prestación de apoyos que deben estar basadas en los derechos, la voluntad y la preferencia de las personas; ofrecer protección contra el abuso y la influencia indebida y ser proporcionales y estar adaptadas a las circunstancias de la persona"* (Organización de Naciones Unidas, 2017).

En este marco, el Programa de Apoyo para la Autonomía planifica e implementa diversos sistemas de apoyos y cuidados, para facilitar el acceso y ejercicio de los derechos de las personas beneficiarias. Este sistema contempla acompañamientos terapéuticos, trabajos sistemáticos con redes sociales y sanitarias –locales y regionales– y colectivos de acceso a derechos, entre otras.

El modelo social de discapacidad está basado en los valores de la dignidad humana, la igualdad inclusiva de la diferencia y la libertad entendida como autonomía. Busca potenciar las capacidades en lugar de acentuar las discapacidades y generalizar la idea de los derechos, lo que implica la extensión de la satisfacción de estos a sujetos y colectivos que no los tenían. La generalización es un proceso en el cual se aúna la idea de igualdad formal con la de universalidad, con lo cual se extiende la satisfacción de los derechos a todos los sujetos.

> *"El reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad no se apoya en el reconocimiento de la especificidad de unos sujetos desde la que se justifica la atribución especial de derechos, sino en la necesidad de generalizar la satisfacción de los derechos a aquellos que no los tienen satisfechos"* (Palacios, 2008).

Así, el modelo pone énfasis en la

> *"rehabilitación de una sociedad, que ha de ser concebida y diseñada para hacer frente a las necesidades de todas las personas, gestionando las diferencias e integrando la diversidad"* (Victoria, 2013).

Antecediendo a esta mirada, se encuentra el Modelo de Vida Independiente que surge en Berkeley, con Ed Roberts, e implica la apropiación por parte de las personas con discapacidad de un modo de hacer y ser en el mundo. Involucra el hacerse cargo de uno mismo, tomar las propias decisiones y solicitar las ayudas y apoyos necesarios, pero siempre desde un rol activo en la toma de decisiones.

En este modelo, prevalece la autonomía, entendida como la capacidad de las personas de elegir y decidir su propio destino, teniendo el control de sus actos y pensamientos. Se refuerza la discapacidad como un hecho social, una construcción normativa, que va más allá de las falencias que puede presentar un individuo (García Alonso, 2003).

El Modelo de Vida Independiente es una respuesta innovadora que busca superar el modelo rehabilitador o biomédico, el cual a juicio de sus creadores trata la discapacidad como un problema de la persona, no valorando sus capacidades para el desarrollo de una vida plena y limitando el ejercicio de sus derechos (García Alonso, 2003).

De este modo, el concepto de vida independiente se relaciona con el protagonismo de las personas con discapacidad en la participación en todos los aspectos que las afectan y supone la asimilación del poder de control y de decisión de la propia persona, considerándola desde su ciudadanía, alejada de los procesos de institucionalización y haciendo frente a los sistemas sanitarios y sociales; infiere un proceso de toma de poder, de autonomía personal y de toma de conciencia, con lo cual la población identifica la existencia de las personas con discapacidad desde otra perspectiva, alcanzándose la igualdad de oportunidades, el conocimiento y la validación de sus derechos, lográndose la plena participación en todos los aspectos de la vida. El modelo apela a procesos individuales y colectivos, cuyo principio rector es la autodeterminación, reforzando el carácter impersonal y social de la discapacidad. Desde ahí que los sistemas de apoyo sean considerados como una herramienta para la creación de nuevas posibilidades de elección para las personas en situación de discapacidad (García Alonso, 2003). De este modo, la independencia debe ser medida no en relación a cuántas tareas se realizan sin asistencia, sino de acuerdo a la calidad de vida que se puede alcanzar por medio de la asistencia (Palacios, 2008).

Se reconoce a cada persona como un ser único e irrepetible con características específicas y una biografía propia. Esto implica reconocer al ser humano como el actor principal de su cuidado, respetando su autonomía y empoderándolo en la toma de decisiones, promoviendo la gestión de su propia vida de acuerdo a sus deseos y necesidades pese a su situación de discapacidad y/o dependencia.

Continuando con la mirada de Agustina Palacios

> *"la discapacidad estaría compuesta por los factores sociales que restringen, limitan o impiden a las personas con diversidad funcional, vivir en sociedad. De este modo, si en el modelo rehabilitador la discapacidad es atribuida a una patología individual, en el modelo social se interpreta como el resultado de las barreras sociales y de las relaciones de poder, más que de un destino biológico ineludible"* (Palacios, 2008, página 123).

Finalmente, el modelo busca lograr la inclusión de las personas con discapacidad por medio de la igualdad de oportunidades para lo cual es necesario que éstas sean aceptadas tal cual son,

"sin tener que recurrir a artilugios tendientes a ocultar la supuesta diferencia que las aleja de los parámetros de normalidad" (Palacios, 2008).

I. Los apoyos y cuidados desde las políticas públicas chilenas

En 2008 Chile ratificó la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad instalando una serie de desafíos para las políticas públicas asociadas a la salud mental. Pese a ello, el Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025 revela que es uno de los pocos países en América que no ha actualizado sus políticas y planes de salud mental, y tampoco ha logrado una Ley de Salud Mental.

La necesidad de generar cambios y ajustes a las políticas, planes y programas existentes, que cumplan con los principios y objetivos de la Convención se hace prioritario, más aún cuando se informa que la legislación que se encuentra vigente en el país está en clara contravención a los principios de la CDPD y sus disposiciones concretas, esto de acuerdo a las conclusiones que presentó el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental en 2014. La situación actual da cuenta que los soportes normativos locales y las políticas públicas son insuficientes para facilitar y lograr la exigibilidad del conjunto de derechos expuesto en la Convención (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025).

En este sentido, el Informe Alternativo para el Examen del Estado de Chile ante el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad en su Sesión N°15 de marzo de 2016 sostiene que

> *"desde la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el Estado no ha adecuado la legislación interna con los tratados y estándares internacionales sobre los derechos de las personas con discapacidad. Tampoco ha divulgado públicamente los derechos de las personas con discapacidad ni los mecanismos nacionales e internacionales de protección. Todo ello ha impactado negativamente en el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y ha evitado la generación de jurisprudencia, de normas y reglamentos armonizados con la Convención".*

Las recomendaciones entregadas por el documento antes mencionado van en la línea de reconocer constitucionalmente a las personas con discapacidad poniendo énfasis en el derecho a la igualdad y no discriminación y al respeto de su dignidad inherente, incluyendo el derecho a tomar sus propias decisiones. Además, sugiere adecuar la normativa en lo relativo al involucramiento efectivo de las personas en situación de discapacidad y las organizaciones que las representan considerando sus sugerencias y comentarios.

El informe provee de una mirada general relativa a las brechas existentes en las siguientes áreas:

– **Trabajo:** De acuerdo a la CASEN 2013, las personas con discapacidad psicosocial e intelectual que no trabajan asciende al 77%, cifra que asciende al 83% en la proporción de personas más pobres. El hecho que una persona esté trabajando, no significa que este empleo sea de calidad o que cuente con la protección social necesaria. Por su parte el ENDISC II refiere que el 44% de las personas adultas con discapacidad leve a moderada no trabaja, cifra que asciende al 75.7% para las personas con discapacidad severa.

– **Derecho a vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad:** Urge que el Estado genere políticas de subvención y ayuda social para acceso a la vivienda y apoyos sociales para la

vida independiente de personas con discapacidad. En el caso de las personas con discapacidad mental es importante reforzar el trabajo con las familias para mantener a las personas el mayor tiempo posible en sus contextos familiares y sociales, evitando que tengan que recurrir a Hogares o Residencias protegidas, las que si bien representan un avance en comparación con los Hospitales Psiquiátricos, pueden ser más institucionalizantes que la vida familiar.

En el estudio "Salud Mental en Chile, Segundo Informe" (2014) se concluye que

"Con excepción de la implementación de hogares y residencias protegidas y de la reconversión que ha tenido el Hospital El Peral, los hospitales psiquiátricos no han cumplido con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría de responder a las necesidades de la población beneficiaria de sus respectivos Servicios de Salud reconvirtiendo recursos para la formación de equipos ambulatorios, hospitales de día y servicios de psiquiatría en hospitales generales. Los servicios de corta estadía en los hospitales psiquiátricos presentan las desventajas de no estar integrados con otras disciplinas de la medicina y de no contar con los servicios de apoyo de tecnología de salud del hospital general. La permanencia aún de 441 personas en servicios de larga estadía de los hospitales psiquiátricos es otra debilidad aún no resuelta del sistema nacional de salud mental".

– Igual reconocimiento como persona ante la ley: Resulta preocupante que a nivel nacional no se hayan derogado las normas del Código Civil pertinentes (especialmente art. 456 sobre reglas especiales de curaduría del demente y art. 1447 sobre capacidad jurídica), el Decreto Supremo N° 570 y su respectivo reglamento, relativos a prácticas jurídicas de Interdicción y Curatelas que anulan la condición de sujeto o persona jurídica, y causan la muerte civil y política de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial que ingresan a un establecimiento de Internación Psiquiátrica.

Por su parte, se ha consolidado la Interdicción y Curatelas señaladas en la Ley N°20.584 del año 2012, conocida como Ley de Derechos y Deberes del Paciente, cuando se refiere a personas con discapacidad psicosocial, intelectual y física. Estas figuras legales totalmente contrarias a la Convención afectan de manera muy particular a las mujeres y niñas con discapacidad, quienes se encuentran en mayor riesgo de sufrir abusos sexuales y de todo tipo por encontrarse en situación de internación involuntaria y a quienes se somete a esterilizaciones forzadas, vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos.

La ocurrencia de internaciones forzadas alcanzan al 20% en Hospitales Psiquiátricos y un poco menos (17%) en Hospitales Generales, pero no hay información del sector privado. Prácticas de contenciones físicas y aislamientos alcanzan al 56,9% en Hospitales Psiquiátricos, siendo estas últimas de alrededor del 8% de ocurrencia en Países Desarrollados, según informe de OMS 2012, citado por el Observatorio de Derechos Humanos de Personas con Discapacidad Mental.

En tanto el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 refuerza lo planteado en párrafos anteriores, relativo a que la interacción con las distintas áres del medio social es un elemento relevante en la generación de discapacidad en las personas, siendo la pobreza un factor adicional de vulnerabilidad, aumentando el riesgo de exclusión social, tanto de la persona con discapacidad mental como de su familia. Es así, que tanto el acceso a los servicios adecuados como a los dispositivos de apoyo social asumen un rol fundamental en su integración, y les alejan del círculo vicioso de doble exclusión que termina por empobrecerlos a ellos y sus familias.

De este modo, la discapacidad y la dependencia en Chile no han sido objeto de políticas públicas eficientes, eficaces y con adecuadas coberturas. Esto marca la necesidad de crear un Subsistema Nacional de Apoyos

y Cuidados que los define como la provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo del ciclo de vida, remunerada y no remunerada, involucrando a quienes lo necesitan y proveen (Sojo, 2011; CEPAL, 2016). En este marco, es el resultado de la interacción entre el Estado, las familias, el mercado, las organizaciones sin fines de lucro y las propias personas en situación de discapacidad. Se busca que el cuidado sea concebido como un derecho, estableciendo nuevos equilibrios en la forma en que se relacionan dichas instituciones, sumando a ello, la necesidad de considerar las necesidades específicas de quienes requieren estos servicios.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a lo largo de sus distintos documentos teóricos, da cuenta que un sistema de apoyos y cuidados permite alcanzar:

- Un mejor desarrollo de las capacidades y habilidades desde la primera infancia, mejorando el desarrollo cognitivo de niñas y niños.
- Velar por el bienestar de las personas mayores en situación de dependencia y vulnerabilidad.
- Promover la autonomía y evitar el aislamiento de las personas con dependencia.
- Potenciar a las personas al interior de las familias que ejercen el cuidado.
- Mejorar las posibilidades de empleo para las mujeres.
- Disminuir la pobreza y la vulnerabilidad de los hogares (Sojo, 2011).

De este modo, las políticas de cuidado no sólo ponen el foco en las personas que lo requieren, sino que también en quien los provee. Esto marca cierta diferencia, puesto que el enfoque está más en la vulnerabilidad y en los riesgos que en la enfermedad, la discapacidad o la dependencia. De hecho, en la base de la protección social están estas dos ideas, entendiendo el riesgo como aquellos eventos y condiciones que

"pueden dañar el bienestar y que son inciertos en cuanto a su ocurrencia" (Sojo, 2009; Secchini, Martínez, 2011)

y la vulnerabilidad, como la probabilidad de ser pobre en el futuro o de sufrir daño a partir de un determinado riesgo o amenaza (Barrientos y Hulme, 2008; Secchini, Martínez, 2011).

Según Montaño y Calderón "el cuidado está en el límite entre lo económico y lo social, al igual que el empleo y, siguiendo a Drancourt y Catrice (2008), es un concepto que ayuda a entender y enfrentar los obstáculos con que se encuentran las mujeres para participar en igualdad en el mercado laboral" (Montaño y Calderón, 2010). Los autores plantean que la conciliación entre vida familiar y laboral busca democratizar las responsabilidades familiares promoviendo la participación de los hombres en el cuidado.

La tipificación de los roles de género, donde la mujer asume el cuidado de los otros mientras el hombre asume el rol de proveedor, es un paradigma que debe ser modificado. Así, la reflexión sobre el cuidado ha llevado a que este problema deba ser atendido, desde las políticas públicas, por el Estado.

Flavia Marco sostiene que el cuidado es un bien público global, en el entendido de que

> *"es un imperativo de justicia y de sostenibilidad de las sociedades" y, en ese sentido, hay que evitar que el problema del cuidado responda solo a la asistencia social, sino que hay que situarlo en el marco de la ciudadanía. En ese contexto, el cuidado debe entenderse "como problema público y por tanto, objeto de políticas públicas"* (Montaño, Calderón, 2010).

IV. ANÁLISIS DE PROGRAMAS E INICIATIVAS SOCIALES

La Ley 20.503 que crea el Ministerio de Desarrollo Social en su Artículo 2 Numeral 1 define los programas sociales como

> *"el conjunto integrado y articulado de acciones, prestaciones y beneficios destinados a lograr un propósito específico en una población objetivo, de modo de resolver un problema o necesidad que la afecte".*

Tomando como base la información del Banco Integrado de Programas Sociales del Estado de Chile, que depende del Ministerio de Desarrollo Social, entidad que realiza su evaluación y seguimiento, se revisaron todos los programas e iniciativas ejecutadas por el Estado que pudieran beneficiar a las personas en situación de discapacidad. Existen 119 programas sociales y 40 iniciativas sociales a las que podrían acceder las personas en situación de discapacidad, sus familias, el municipio y organizaciones de/para personas en situación de discapacidad.

Del total de programas sociales revisados, 45 de ellos consideran la discapacidad en el diseño, implementación y/o ejecución del programa.

Respecto de las iniciativas sociales, existen 4 iniciativas que consideran la discapacidad como un factor de desventaja y se concentran en el Ministerio del Trabajo y Previsión Social (Aporte Previsional Voluntario, Subsidio Discapacidad Mental y Subsidio Familiar) y de Salud (Certificación de Discapacidad). Estas iniciativas consideran explícitamente a las personas en situación de discapacidad o sus familias como beneficiarios de la iniciativa. Los demás programas sociales e iniciativas sociales revisadas, no consideran la discapacidad como un factor de priorización, por lo que es posible pensar que el acceso de las personas en situación de discapacidad o sus familias (dependiendo del beneficio) es más complejo.

La siguiente imagen da cuenta de los programas que consideran a las personas en situación de discapacidad como criterio de priorización (√) y con una X los que no.

SALUD FÍSICA Y MENTAL

- Atención domiciliaria con dependencia severa
- Residencias y hogares protegidos
- Centros de apoyo comunitario para personas con demencia
- Control de salud de niño y niña sano en establecimientos educacionales
- Hospitalización domiciliaria
- Espacios amigables
- Modalidad libre elección
- Prevención del VIH Sida e Infecciones de transmisión sexual
- Mejoramiento al acceso de atención odontológica
- Preparación y atención integral de salud (PRAIS)
- Salud y pueblos indígenas
- Alimentación complementaria
- Inmunizaciones
- Prevención del suicidio
- Odontológico integral
- Preventivo en salud bucal Sembrando Sonrisas
- Segundo prestador
- Visa sana y Alcohol
- Deporte y Participación Social
- Escuelas deportivas integrales
- Buen vivir de la Sexualidad y la Reproducción
- Ayudas técnicas

VIVIENDA

- Beneficio Deudores Habitacionales - D.S.Nº 51
- Beneficio Deudores Habitacionales - D.S.Nº 12
- Fondo Solidario de Elección de Vivienda DS49
- Fondo Solidario de Vivienda Título I
- Fondo Solidario de Vivienda Título II
- Sistema Integrado de Subsidio Habitacional - DS1
- Subsidio para el arriendo
- Beneficio Deudores Habitacionales - D.S. Nº2
- Habitabilidad

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

- Fondo de protección ambiental
- Mujer Ciudadanía y Participación
- Acción - Apoyo a Iniciativas Familiares y Comunitarias
- Activo Joven Sustentabilidad Social y Ambiental
- Activo Joven Territorial
- Participación Inclusiva Territorial
- Programa de desarrollo familiar
- Talleres juveniles
- Tarjeta Joven

EDUCACIÓN (FORMACIÓN Y APRENDIZA)

- Beca Indígena
- Beca Integración Territorial (Programa Especial Beca Art. 56 Ley Nº 18.681)
- Beca Presidente de la Repúbica
- Educación especial diferencial
- Jardín Clásico Administrado por la JUNJI Vía transferencia de Fondos
- Mejoramiento inegral de bibliotecas públicas
- Programa de alimentación escolar
- Programa Educativo Alternativo de Atención al Párvulo
- Beca de apoyo a la retención escolar
- Campamentos recreativos para escolares
- Educación de personas jóvenes y adultas
- Educación técnico profesional
- Habilidades par ala vida
- Habilidades para la vida II
- Programa de Acompañamiento y acceso efectivo ala Educación Superior (PACE)
- Programa de Apoyo a la Retención Escolar
- Beca Bicentenario
- Beca de Mantención para Educación Superior
- Beca Juan Gómez Millas
- Beca Nuevo Milenio
- Beca para estudiantes Hijos de Profesionales de la Educación
- Becas de Reparación
- Crédito con Aval del Estado
- Fondo Solidario de Crédito Universitario (Letra A Art. 71 Bis Ley 18.591)
- Gratuidad en la Educación Superior
- Subsidio para la Prueba de Selección Universitaria
- Cursos de formación
- Infocentros

TRABAJO (DESARROLLO ECONÓMICO)

- Aprendices
- Becas del Fondo de Cesantía Solidario (BFCS)
- Becas laborales
- Bono empresa y negocio
- Capacitación en oficios
- Más Capaz
- Subsidio al empleo joven
- Mujer, asociatividad y emprendimiento
- Programa 4 a 7
- Mujeres jefas de hogar
- Apoyo a la Comercialización de Artesanías
- Autonomía Económica de la Mujer
- Desarrollo de competencias laborales
- Acceso al microcrédito
- Bono al Trabajo de la Mujer
- Programa de Apoyo al Empleo Sistema Chile Solidario
- Yo emprendo
- Yo emprendo Semilla
- Yo trabajo
- Yo trabajo, apoyo a tu plan laboral
- Yo trabajo jóvenes
- Bono por Formalización Laboral

PROTECCIÓN SOCIAL

- Prevención Integral de Violencia contra las Mujeres
- Atención, protección y reparación integral de violencia contra las mujeres
- Apoyo a la atención en salud mental
- Acceso a la justicia para las Personas en Situación de Discapacidad
- Apoyo a las familias para el Autoconsumo
- Chile Inclusivo: Desarrollo de Organizaciones Inclusivas
- Fondo Nacional de Proyectos Inclusivos
- Apoyo a la Dinámica Familiar
- Promoción y desarrollo de la mujer
- Programa Educativo - ChiCC
- Programa Familias SS-OO
- Programa Servicios Sociales Línea IEF - CHISOL
- Tránsito a la Vida Independiente
- Aporte familiar permanente
- Aporte previsional solidario
- Subsidio Discapacidad mental
- Subsido Familiar (SUF)
- Beca de Alimentación para la Educación Superior
- Tarjeta nacional Estudiantil
- Certificación de discapacidad
- Subsidio a la Cédula de Identidad
- Subsidio al Pago del Consumo de Agua Potable y Serv. de Alcantarillado de A.S.

CULTURA Y ENTRETENCIÓN

- Acceso Regional
- Desarrollo artístico en la educación
- Escuelas de Rock y Música Popular Chilena
- Fomento del Arte en la Educción: ACCIONA
- Fomento y Difusión del Arte y las Culturas de Pueblos Indígenas
- Fondo de Fomento Audiovisual
- Fondo de Fomento de la Música Nacional
- Fondo de Fomento del Libro y la Lectura
- Intermediación cultural
- Patrimonio Cultural Inmaterial
- Patrimonio Material e Inmaterial
- Red Cultura

Elaborado por el equipo de sistematización con base en el Banco integrado de programas sociales (BIPS) www.programassociales.cl/programas

A partir de lo anterior, se reorganizó la información sobre la base de los derechos relevados por el Programa y trabajados colectivamente:

- Salud
- Trabajo
- Educación y capacitación
- Cultura, entretención y ocio
- Participación comunitaria
- Protección social
- Vivienda

Estos derechos se cruzaron con las siguientes variables:

- Priorización: Entendido como favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social de modo de establecer un piso mínimo de condiciones de vida adecuadas.

- Cobertura: Entendido como el número de usuarios del programa en relación a la población potencial de acuerdo a la información entregada por el Banco Integrado de Programas Sociales.

- Información: Entendido como las estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.

- Enfoque: Entendido como la incorporación (o no incorporación) de la discapacidad como un enfoque de derechos.

- Participación: Entendido como la posibilidad de participación e inclusión de las personas en situación de discapacidad o de la sociedad civil en la formulación, implementación, evaluación del programa de acuerdo a la información entregada por el Banco Integrado de Programas Sociales.

A raíz del análisis recién expuesto, se identificaron brechas en las siguientes áreas:

- Deficiencias en el modelo de funcionamiento de los dispositivos de cuidado que existen en el territorio: Los sistemas de Salud y Protección Social que operan en el país responden a supuestos, costos, inversiones, metas y coberturas definidas. No obstante, éstos no siempre redundan en la aplicación real del enfoque de derechos y de una atención centrada en la persona basada en la consideración de su historia de vida y de su entorno próximo.

El enfoque de derechos declarado en las normativas y politicas públicas se traduce a una lectura de cumplimiento de metas. Las condiciones institucionales de trabajo no alcanzan a traducir el enfoque en prácticas sistemáticas que den continuidad al acceso a distintos derechos.

Se observan equipos y en ocasiones, sólo algunas/os integrantes de los mismos, que se interesan por pensar y abordar las brechas en el acceso a salud principalmente. Por ejemplo, el Centro de Salud Familiar Silva Henríquez, con quienes hemos establecido como práctica habitual los procesos de derivación asistida, con enfoque de derechos, favoreciendo la calidad de la atención, la continuidad de cuidados y la coordinación permanente entre los distintos actores involucrados. Queremos relevar sí, la fragilidad de estas prácticas cuando no son avaladas o incentivadas institucionalmente.

- Definición de dependencia: Del análisis de los programas públicos, se infiere que comúnmente la dependencia y discapacidad se considera relativas a causa física y/o sensorial.

En este marco, la discapacidad física encuentra un mayor correlato social, aunque también con sesgos, producto que se resuelve con acciones materiales concretas, dado que es visible y se hace más fácil generar actividades inclusivas. Cuando la barrera no es física, se genera una mayor dificultad para la implementación o aplicabilidad de los diversos tipos de servicios de apoyo o intermediación o cuidados.

Cuando la barrera no es física, como es el caso de todas las personas beneficiarias del programa, se redobla la vulneración de derechos y la invisibilización tanto de la dificultad, como de los apoyos necesarios para superarla. Esto genera interrupciones en la continuidad de cuidados, el tránsito a la vida independiente y los procesos de inclusión social.

- Requisitos de ingreso al programa: A modo general, se observa en relación al ingreso y selección de usuarios y usuarias de la red SSMO, que:

1) Los programas y las acciones del sistema de salud no siempre se ajustan a las necesidades de las personas con discapacidad de causa psíquica, estableciendo criterios que no dan cuenta de las necesidades y los apoyos que requieren las personas usuarias de la red SSMO

2) Se observa una ausencia de criterios normativos claros dentro de algunos programas de la red SSMO para PsD de causa psíquica.

Se requiere mejorar y discutir sus mecanismos de acceso y rehabilitación en salud mental, a la vez que construir de manera más participativa los mecanismos de gestión de red de salud y salud mental en particular, que contemple la gestión coordinada de cupos en los diversos programas y dispositivos.

Para ello, el trabajo intersectorial se convierte en una excelente herramienta, tal como se plantea en el Modelo de gestión de la Red Temática de Salud Mental en la red general de salud, dado que posibilitaría dimensionar de mejor manera los problemas que tienen las personas con discapacidad psíquica y buscar soluciones conjuntas, generando que la política pública sea inclusiva, eficiente y eficaz.

- Acceso para las personas en situación de discapacidad: La oferta pública en general no considera explícitamente el acceso de las personas en situación de discapacidad a los programas e iniciativas sociales, salvo en aquellos destinados exclusivamente a esta población.

Los programas del Estado, en general, no discriminan positivamente a las personas en situación de discapacidad (independiente del tipo de discapacidad) reservando espacios para esta población.

Se observa una falta de cobertura para las personas en situación de discapacidad en general. Esta falta de cobertura se incrementa en el caso de las personas en situación de discapacidad psíquica, lo que invisibiliza los problemas de salud mental y dificulta su abordaje a nivel social. Esto es una manera de discriminar.

V. RECURSOS DE LA CORPORACIÓN CORDES PARA PROMOVER LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

CORDES implementa el Programa de Apoyo para la Autonomía (PAPA) que contempla las siguientes estrategias de trabajo: acompañamiento terapéutico, trabajo con redes, colectivos y grilla de actividades con determinados grupos, los cuales se detallan a continuación:

a) Colectivos

Los colectivos, son una acción específica para concretar la construcción de vínculos, la participación y el ejercicio de la autonomía, en un proceso que busca integrar el abordaje individual y colectivo de la continuidad de cuidados y acceso a derechos.

Los colectivos, entonces, son una estrategia del programa para ejercer sus derechos. Se configuran como espacios de difusión y aprendizaje práctico del cómo, dónde y con quién se lleva a cabo determinada acción. Es un espacio de construcción conjunta, donde todos y todas aportan, opinan, ejemplifican, vivencian y generan cambios.

La participación en un colectivo contempla previamente la elaboración de un plan de desarrollo personal construido por el usuario, con apoyo de una terapeuta ocupacional del programa. Cada persona establece sus metas y objetivos y se dispone de modo que el colectivo se configure como un espacio en el que se dan apoyos concretos para logran las metas establecidas.

Los colectivos son facilitados por terapeutas, para que las usuarias y usuarios puedan manifestar sus deseos, relatar las situaciones complejas a las que se ven enfrentadas, verbalizar sus miedos y solicitar el apoyo necesario para el ejercicio de sus derechos. En este sentido el colectivo es una grupalidad más exigente para quienes se hacen parte de ella.

Los colectivos se han constituido como una estrategia de seguimiento para aquellas personas que han hecho procesos en los programas de rehabilitación e inclusión, y que al momento de egresar, y que a través de los colectivos han encontrado una manera de vincularse y ejercer sus derechos, con base en autonomía y vida independiente.

Los colectivos actualmente son:

- Colectivo de Salud
- Colectivo de Vivienda
- Colectivo Laboral
- Colectivo de Educación
- Colectivo de Protección Social
- Colectivo de Participación Comunitaria
- Colectivo Habitar

Estos colectivos se reúnen periódicamente, sus integrantes participan de manera voluntaria, los acuerdos se registran en acta, que está disponible para todas las personas del programa.

Para realizar el análisis de las actas se utilizaron las definiciones de barreras a la integración social y ocupacional para las personas con enfermedad mental de acuerdo a Leff y Warner contenidas en el artículo escrito por Mauricio Gómez llamado Discapacidad Mental, dependencia y apoyos (Gómez, 2016):

1) Barreras de tipo personal y relacional: Se refieren a aquellas barreras que son producidas por la propia enfermedad, por las dificultades que tienen las personas con discapacidad mental para compartir y empatizar con los distintos actores de la sociedad y por los procesos de auto estigmatización que van desarrollando en su relación con otros.

2) Barreras institucionales y normativas: Son aquellas barreras derivadas de la situación de pobreza y desventaja social, ya sea por falta de educación formal, por la carencia de empleos de calidad y apoyos económicos estables y/o por la insuficiencia de marcos adecuados para acceder a una vivienda de calidad. Están vinculadas también con aspectos estructurales, tales como los cuerpos legales y los medios de comunicación, los cuales colaboran en la estigmatización y generación de una serie de prejuicios.

3) Barreras producidas por los cuidados profesionales que reciben: Están relacionadas a los enfoques y las metodologías que orientan la actuación profesional de los equipos médicos y sociales, como también a las limitaciones y carencias materiales (de recursos de infraestructura y humanos) que pueden presentar los cuidados que se le brindan a las personas con discapacidad mental.

En lo relativo a las barreras de tipo personal y relacional, las principales brechas identificadas se relacionan con:

Derecho a la salud

- El desconocimiento, por parte de los y las consultantes, que la autonomía es un derecho y un principio fundamental para el desarrollo de proyectos de vida.

Derecho al trabajo

- El poco apoyo de los familiares a los proyectos que los consultantes quieren emprender.

- La auto estigmatización de los propios consultantes y la presencia de miedos y temores asociados, especialmente, a la actividad laboral.

- La percepción que tienen los propios consultantes de que para tener autonomía hay que tener trabajo.

- Los ritmos de trabajo que difieren, muchas veces, de los ritmos de los propios consultantes y la necesidad de adaptarse a ellos para poder desarrollarse laboralmente.

- La precariedad de los puestos de trabajo a los que acceden los consultantes y, especialmente, los tipos de trabajo a los que pueden acceder.

- La dificultad de los consultantes para negociar sus condiciones laborales.

Protección social

- Las dificultades de las y los consultantes para asistir con regularidad a las reuniones del colectivo.

- La ausencia de ajustes razonables y adaptaciones en las instituciones que otorgan beneficios sociales, tanto en el lenguaje, los horarios, el modo de tratar, como en la complejidad de formularios, para que las y los consultantes pudiesen hacer los trámites sin requerir apoyos, o el menor apoyo posible.

Vivienda

- La idea de las y los consultantes que vivir de manera independiente necesariamente implica "perder todo tipo de apoyos" y "quedarse solos". Esto genera ansiedad, miedo e interrumpe la posibilidad y deseo de construir un proyecto de vida independiente.

En lo relativo a las barreras de tipo institucional y normativo, las principales brechas se relacionan con:

Derecho al Trabajo

- Puestos de trabajo no consideran particularidades o necesidades del trabajador con discapacidad

Protección social

- Si bien se promueve que los y las consultantes asuman responsabilidades al interior del colectivo en relación a ciertos trámites para el acceso a beneficios y derechos sociales, estos no siempre ocurre, dadas las dificultades graves y cotidianas de quienes consultan. Se traduce ocasionalmente en el despliegue de apoyos más específicos y limitados en el tiempo, por parte de las facilitadoras del colectivo.

- La existencia de procesos y procedimientos complejos para acceder a ciertos beneficios y/o programas (formularios difíciles de entender).

En lo relativo a las barreras producidas por los cuidados profesionales que reciben las y los consultantes, las principales brechas se relacionan con:

Derecho a la salud:

- La inexistencia, en el sistema de salud, de protocolos de atención que permitan tratar adecuadamente a las personas en situación de discapacidad (Por ejemplo: dificultades para sacar hora de atención, problemas para acceder a la salud pública por falta de horas y a la salud privada por falta de dinero, problemas de acceso a los centros de salud por la ubicación geográfica).

- La percepción de que en el sistema de salud hay malos tratos; problemas de acceso a la información y desconocimiento, lo que dificulta el acceso de las y los consultantes.

- La percepción de que el propio personal de salud en los dispositivos de la red genera asimetrías en el acceso a la información.

b) Constelaciones

Las constelaciones son una herramienta de trabajo que utilizamos desde 2006 para hacer reunir a las distintas personas e instituciones que trabajan alrededor de una situación concreta para coordinar el trabajo que se hace con el consultante y hacer más eficiente el uso de los recursos. Su marco teórico, desarrollado en Suecia y otros países de Europa y adaptado por el equipo, está basado en la integración y

la superación de la dispersión y la fragmentación mental y cómo ésta se vive al interior de la familia y de los equipos profesionales.

La constelación sigue una estructura determinada en la que primero está el encuadre, donde se da cuenta de la situación del o la consultante y se establecen ciertas reglas como, por ejemplo, que la intimidad e información que ahí se levante debe ser resguardada por todos los asistentes. Esta herramienta no es una reunión clínica, no se utiliza para analizar detalles, síntomas o medicamentos, sino que para dimensionar el sufrimiento y la complejidad de la situación, junto con visualizar la red de apoyo que participa en el tratamiento del usuario o usuaria y permite que el grupo se conozca y tome conciencia de la cantidad de actores que intervienen, disminuyendo así el sufrimiento familiar y personal. A su vez, permite que todos los actores involucrados se pongan de acuerdo promoviendo el uso eficiente de los recursos. Considera las orientaciones técnicas de los distintos equipos profesionales que intervienen en el tratamiento y cuidado del usuario/a y también el cómo la persona quiere ser apoyada. De esta manera, los énfasis se establecen en conjunto.

Debemos destacar que la constelación, es una estrategia no contemplada en las orientaciones técnicas, y requiere equipos capacitados. En este sentido es una acción que no considera recursos asociados.

Uno de los puntos fundamentales de la constelación dice relación con la convocatoria, la que se trabaja y se refuerza antes y durante las reuniones sostenidas con los distintos equipos profesionales.

Producto de la constelación se obtiene un plan individual o la actualización del mismo, compartido entre la persona que consulta y los distintos actores. A mayor complejidad de la situación, se requiere mayor coordinación de los apoyos tanto intra como intersector.

La estrategia contempla que los equipos se presenten, den cuenta de lo que están haciendo y de lo que pueden hacer, siendo capaces de visualizar la distribución de los roles y cargas de trabajo de cada uno, teniendo mayor claridad de las fortalezas y debilidades de cada equipo, compartiendo la frustración, evitando la sobreintervención.

De esta forma, tanto para los profesionales como para la familia y el propio consultante, se facilita el manejo de expectativas y se calman las ansiedades.
La constelación se diseña de acuerdo a la realidad de cada consultante. Requiere de un tiempo de preparación ya que es necesario definir el problema y trabajarlo con el usuario/a y su red de apoyo para ver cuáles son las dificultades que ellos detectan.

Convocamos a nivel territorial y en ellas han participado diversos actores como el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), PRAIS (Programa de reparación y atención integral de salud), PIE (Programas de intervención especializada), CESFAM, el consultante, su familia, amigos y personas significativas.

Es importante destacar que el consultante puede intervenir en la decisión de quiénes participarán en la constelación, y el equipo del programa es quien convoca.

La constelación permite que, aunque uno o más equipos profesionales dejen de trabajar directamente con el usuario, sigan vinculados e informados de la situación. Las constelaciones impactan positivamente en la medida que el encuentro permite dimensionar las dificultades, reconocer recursos, evitar y /o disminuir estigmas y prejuicios. Esta es una manera de entender la continuidad de cuidados y apoyos.

En términos logísticos contempla que nuestro equipo:

- Contacta vía telefónica y mail para convocar y fundamentar la implementación de una constelación

- Acuerda fecha, horario y lugar de la constelación junto a la familia, considerando los alcances y limitaciones de los equipos de las redes sanitarias y no sanitarias.

c) Trabajo en red

Otro de los recursos utilizados por el programa para disminuir las brechas existentes es el trabajo en red, que se utiliza como una estrategia que contribuye a cumplir con la responsabilidad de la Comunidad de "facilitar escenarios inclusivos y democráticos para las personas en situación de discapacidad".

Esta herramienta posibilita la visibilización simbólica de las situaciones desde la perspectiva de las personas en situación de discapacidad. De este modo, en la articulación y coordinación de la red, se sustenta el logro, o no, del plan de intervención de los y las consultantes. En este contexto, la comunicación permanente entre los distintos equipos profesionales que intervienen permite contribuir a una estructura cotidiana.

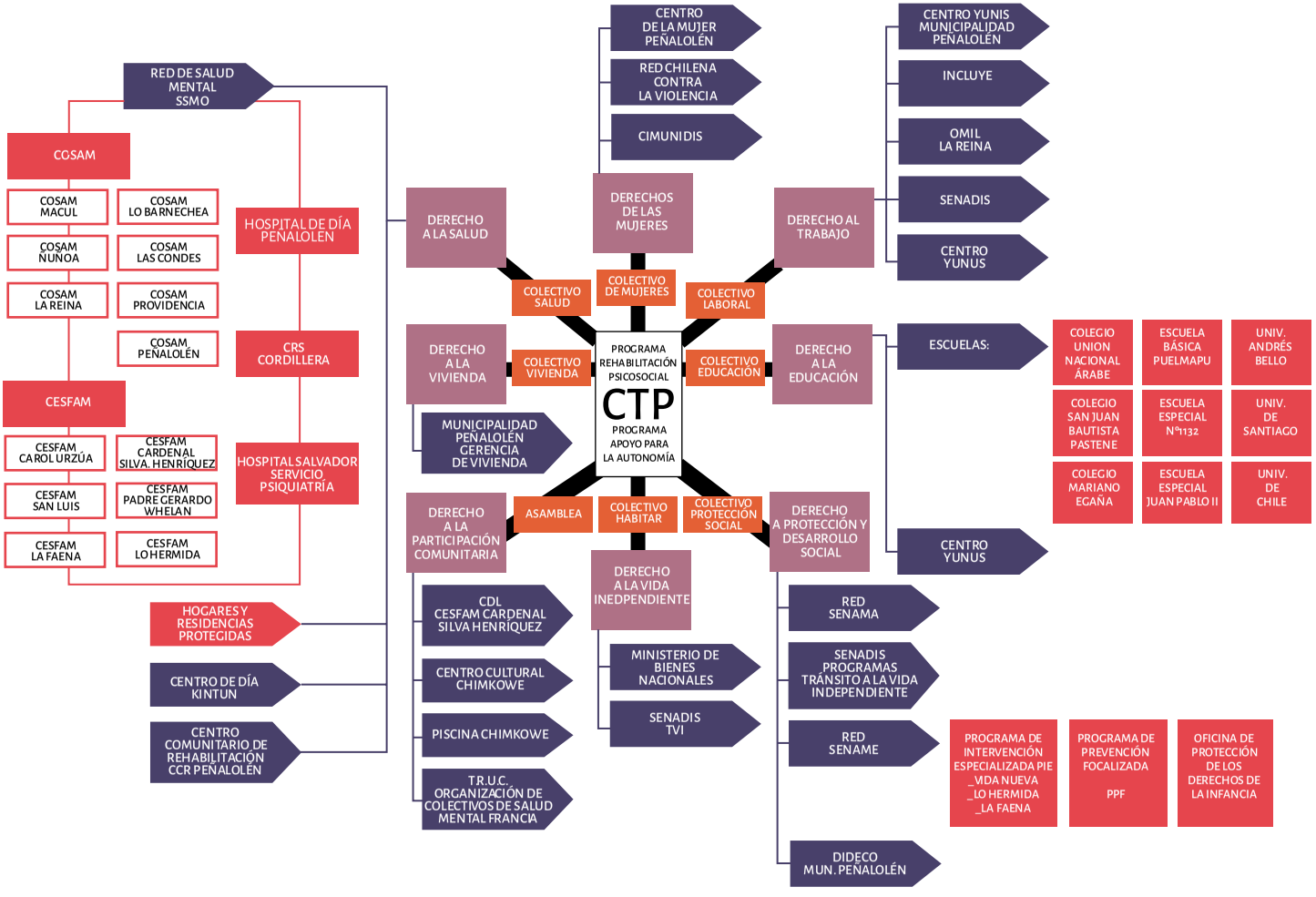
El contexto situacional, su definición, análisis y búsqueda de soluciones dentro de un ecosistema, pasa a ser una de las directrices del enfoque comunitario, modelo asumido por el equipo.

Estas prácticas de red se han desarrollado con:

- Las familias,
- los COSAM,
- Programas de Intervención Especializada,
- Centro de Referencia de Salud Cordillera,
- Municipalidad de Peñalolén, OMIL, DIDECO,
- Oficina de Discapacidad de la municipalidad de Las Condes,
- SENAME,
- PRAIS Oriente,
- Fundación Rostros Nuevos,
- Universidades,
- Hogares Protegidos,
- Coordinadora de Organizaciones de Familiares Usuarios y Amigos de Personas con Afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM),
- Red de la solidaridad de Peñalolén,
- Red de salud mental de Peñalolén.

Lo anterior queda reflejado en la siguiente gráfica:

RED INTERSECTORIAL



El trabajo en red se vincula directamente con la implementación de las constelaciones analizadas anteriormente. A su vez, permite trabajar el contexto y las condiciones existentes en éste, de tal manera de promover la dignidad y fomentar la participación y la emancipación de los consultantes.

De este modo, se promueve el ejercicio de los derechos otorgando sentido a la existencia y pertenencia del consultante a las múltiples formas de interacción social. Así, se encuentra el significado en la cotidianeidad, en las actividades, en las relaciones. Se significa y resignifica en el encuentro con el otro, la visibilización, las similitudes y diferencias, las formas de estar, sentir y pensar.

A partir del trabajo en red, la Comunidad Terapéutica busca la participación real de los y las consultantes, lo que lleva al ejercicio de los derechos, en especial de la autonomía, lo que implica que estos comiencen a expresarse, a involucrarse, a estar presentes, a tener confianza y seguridad, a ser vistos, superando la vivencia histórica en torno al trauma y el sufrimiento mental que han vivido y la mutilación del yo. De este modo, se les provee de oportunidades a personas segregadas sistemáticamente (Silva, Mujica, 2014).

d) Incidencia política a nivel comunal y regional

La incidencia política, según García de León, es entendida como un esfuerzo organizado para influir en la toma de decisiones. El mismo autor sostiene que las acciones de incidencia pueden desarrollarse tanto dentro de las mismas organizaciones como hacia las entidades tomadoras de decisión.

Algunos términos utilizados, y que permiten reconocer estas acciones de incidencia, tienen que ver con interceder, sensibilizar, movilizar, generar apoyos, entre otros conceptos, y muchas veces son usados sin reconocer que esto responde a una incidencia política, que busca la participación e involucramiento ciudadano en el proceso de formulación e implementación de las políticas (García de León, 2007).

Según el Manual de Incidencia Política y Abogacía del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) de Colombia, se hace incidencia para poder reivindicar derechos vulnerados, introducir temas no visibilizados, ejercer el derecho de ciudadanía, elaborar propuestas políticas, actuar sobre programas, políticas y normas; sensibilizar y educar a los hacedores de políticas y persuadir a los gestores o hacedores de políticas (CONPES, 2014).

El programa busca visibilizar los derechos de las personas en situación de discapacidad psíquica, a través del uso de las instancias participativas en los procesos decisionales a nivel local, regional y nacional, como también en el ámbito académico, instancias de difusión como seminarios, campañas comunicacionales, acción sobre el territorio, participación en publicaciones, jornadas de salud mental, capacitaciones a equipos en regiones, participación en foros de estudiantes en universidades, acciones de lobby, desarrollo de talleres, contacto personal regular con expertos, representantes del mundo político, notas de prensa en medios de comunicación y capacitaciones en las que se plasma el sello de sus enfoques y posturas para la definición de políticas públicas.

Específicamente, el siguiente cuadro detalla las distintas acciones de incidencia que ha desarrollado y desarrolla actualmente la Comunidad Terapéutica de Peñalolén (2017 – 2018):

TIPO DE ACTIVIDAD	INCIDENCIA A NIVEL LOCAL, REGIONAL O NACIONAL	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN	ACTORES INVOLUCRADOS
Reuniones de coordinación inter e intrasectorial	Local, Regional y Nacional	Participación	Comunidad Terapéutica Peñalolén, Municipalidad, Aparato Público y Sociedad Civil
Seminario de extensión con foco en estrategias de continuidad de cuidados	Regional	Organización y exposición	Comunidad Terapéutica Peñalolén y Universidad
Reunión Ministerio Secretaría General de Gobierno	Nacional	Solicitud y participación	Comunidad Terapéutica Peñalolén y Aparato Público
Miembros de la Red Incluye	Regional	Participación	Comunidad Terapéutica Peñalolén, Municipalidad, Aparato Público y Sociedad Civil
Encuentro Programa Tránsito a la Vida Independiente	Regional	Partipación	Comunidad Terapéutica Peñalolén y Aparato Público
Terceras Jornadas de Salud Mental Comunitaria, Universidad católica del Maule (octubre 2017) Seminario: Segunda Jornada de Trabajo en redes de Salud Mental, hacia una vida independiente (abril 2018)	Nacional y Regional	Exposición y participación	Comunidad Terapéutica Peñalolén, Universidad y Aparato Público
Diseño y generación de material audiovisual sobre el Programa de Apoyo para la Autonomía	Nacional	Diseño y organización	Comunidad Terapéutica Peñalolén

TIPO DE ACTIVIDAD	INCIDENCIA A NIVEL LOCAL, REGIONAL O NACIONAL	MECANISMO DE PARTICIPACIÓN	ACTORES INVOLUCRADOS
Curso de actualización práctica y herramientas para el trabajo con grupos vulnerables	Regional	Diseño, organización y partipación	Comunidad Terapéutica Peñalolén, Universidad, Municipios, Sociedad Civil y Comunidad
Jornada de Autocapacitación	Local	Diseño, organización y partipación	Comunidad Terapéutica, Servicio de Salud y Sociedad Civil
Feria de salud Mental	Local	Partipación	Comunidad Terapéutica, Servicio de Salud y Sociedad Civil
Campaña de Difusión sobre los derechos de las personas en salud	Nacional	Diseño, organización y partipación	Comunidad Terapéutica y Municipalidad
Reuniones con el Centro de Salud Mental (COSAM) de Peñalolen (bimensuales)	Local	Participación	Comunidad Terapéutica Peñalolén y Municipalidad (Corporación de Salud)
Consejo de Desarrollo Local en Salud	Local	Partipación	Comunidad Terapéutica Peñalolén, Municipalidad (Corporación de Salud), Sociedad Civil y Comunidad
Mesa barrial N°7	Local	Partipación	Comunidad Terapéutica Peñalolén, Municipalidad y Comunidad

De acuerdo a los postulados de Collado (Collado, 2015), si se considera a la Comunidad como un actor socio-político, se resalta su existencia dado que se justifica concretamente en la necesidad de conseguir un cambio social que beneficie a toda la ciudadanía y, por lo tanto, la incidencia política es su razón de ser (Collado, 2015). Como consecuencia se logra una ciudadanía comprometida, consciente de la necesidad de incluir a las personas en situación de discapacidad psíquica.

La incidencia política se planifica, y por lo tanto, también se puede hacer seguimiento de sus resultados, lo que permite medir el impacto de la organización en su ámbito de acción.
En este sentido, las acciones de incidencia política podrían fortalecerse aún más incorporándolas en la planificación estratégica, además de analizar el impacto que éstas tienen tanto a nivel interno como externo.

Es a través de acciones de incidencia planificadas y no planificadas, donde la Corporación ha logrado posicionarse y dar a conocer su enfoque y modelo de trabajo, con fundamento en los Derechos Humanos.

Desde el Estado, ésta es una línea de trabajo que está presente, sobre todo desde el ámbito de la salud mental y psiquiatría comunitaria, pero al momento de materializar en prácticas concretas, hay dificultades importantes, tales como: las metas, los tiempos de trabajo, la formación profesional, el trato, una comprensión instrumentalizada de los DD.HH., entre otros.

De esta forma, los equipos de CORDES, a propósito de 30 años de trabajo de diversos equipos, con base en los derechos humanos, ha logrado construir su identidad corporativa y ser reconocida por distintos equipos profesionales con los que se relaciona, que se ha traducido en que más de 500 personas y sus entornos cercanos perciban mejor salud mental, calidad de vida y mayores oportunidades de desarrollar sus vidas en dignidad y con autonomía.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente informe de sistematización intenta mostrar parte de la experiencia del segundo año de ejecución del Programa de Apoyo para la Autonomía con foco en continuidad de cuidados para las personas con discapacidad de causa psíquica (Mayo 2017 – Abril 2018). Para ello, se revisaron conceptos relativos a los apoyos y cuidados, los derechos y la gestión pública, configurándose un breve marco conceptual que permitió realizar un análisis de los programas e iniciativas sociales que ejecuta el Estado de Chile. A ello se sumó la revisión de las acciones que realiza el equipo ejecutor en este ámbito, de manera de dar cuenta de las brechas y las potencialidades existentes a partir de las relaciones y coordinaciones que se generan entre los distintos actores, considerando siempre a los y las consultantes como sujetos de derecho.

En la revisión de los programas e iniciativas sociales, es posible sostener la existencia de un Estado que no dialoga con las necesidades particulares de una población específica, en este caso las personas en situación de discapacidad de causa psíquica. En este contexto parte de la brecha se explica por esta falta de diálogo entre el Estado y la persona que requiere acceder a los programas socio sanitarios. Lo anterior, redunda en falencias en la coordinación y la presencia de cierto desorden en la organización y distribución de los apoyos destinados al bienestar de las personas en situación de discapacidad, sus familias, organizaciones vinculadas a la temática. Esto evidencia la necesidad de generar consensos y hacer más eficiente el uso de los recursos públicos.

Si bien existen programas e iniciativas sociales que consideran la discapacidad como un factor de priorización o son creados exclusivamente para las personas en situación de discapacidad, éstos no explicitan qué tipo de discapacidad abarcan. De hecho, solo dos programas de un total de ciento diecinueve hablan de discapacidad de causa psíquica (Programa de Residencias y Hogares Protegidos del Ministerio de Salud y Programa de Apoyo a la Atención en Salud Mental del Ministerio de Desarrollo Social) lo que es insuficiente para cubrir las necesidades de esta población históricamente relegada, marginada y excluida, tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud y los propios documentos del Ministerio de Salud chileno.

Lo anterior genera una brecha entre el trabajo de la Comunidad Terapéutica y la gestión estatal, ya que la ésta se ve limitada para generar una continuidad de cuidados. Esto queda reflejado en los Colectivos, instancia en que los y las consultantes desarrollan capacidades para la toma de decisiones y la voluntad para ejercer sus derechos sociales, no obstante ello, en este proceso se encuentran con barreras burocráticas y de entrada, lo se traduce en una exclusión de esta población. Es importante plantear, que dicha exclusión comienza en los diseños de las políticas públicas, donde, tal como se dijo anteriormente, no se consideran las necesidades de los grupos prioritarios.

Esto redunda en que los cuidados queden definidos por las posibilidades familiares de proveerlos, casi siempre con presencia de mujeres cuidadoras, que deben asumir este rol sin tener, muchas veces, las competencias y los conocimientos requeridos para ello, además de ser una condición injusta. La atribución naturalizada de los cuidados por parte de las mujeres, es un asunto a tensionar constantemente, presente en las prácticas del equipo CORDES. Ésta es una de las líneas donde incidir en la toma de decisiones cobra fuerza. Las brechas en la continuidad de cuidados es responsabilidad del Estado. Asimismo, el Estado debiese garantizar la generación urgente de reglamentos que den cuenta de cada uno de los derechos consignados en la CDPD. Chile ya tiene 10 años de haber adscrito a esta convención. Esta brecha produce y perpetúa el malestar y sufrimiento de miles de personas y sus familias. Brecha en reglamentos, en políticas públicas, programas, que den cuenta de la complejidad de las situaciones de personas con sufrimiento,

pobres, excluidas, mujeres, hombres, niñas, niños y jóvenes, en situación de discapacidad, de etnicidades diversas.

A lo anterior, se debe agregar el desconocimiento que existe por parte de la población, las instituciones y los propios usuarios y usuarias, de la oferta de servicios y beneficios del Estado. Esto no sólo desde un punto de vista comunicacional, sino que también por lo engorroso que es acceder y tener claridad sobre los requisitos y exigencias que éstos presentan y requieren. Un aspecto relevante es el desconocimiento que existe en el propio Estado en torno a qué programas y servicios utilizan las personas en situación de discapacidad. En este sentido, no hay fichas únicas en el intersector, el intrasector y específicamente en el sistema de salud mental, es decir, el modelo de gestión de la salud en Chile no se cumple, no existiendo una concordancia entre los principios del Ministerio de Salud y las realidades locales. A su vez, como no existe en la práctica el gestor de caso o el gestor terapéutico no se posibilita el tránsito del o la consultante a lo largo de la red socio sanitaria.

Al mismo tiempo, las exigencias desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social se sitúan en la línea de alcanzar ciertas coberturas, pero no en la calidad de implementación y evaluación de éstas. Es más, los equipos profesionales muchas veces se ven obligados a cumplir metas y requisitos que saben no son adecuados ni pertinentes. Por lo tanto, los equipos de trabajo no cuentan con las herramientas y las condiciones necesarias para brindar atenciones de calidad, eficientes y eficaces para las personas con discapacidad de causa psíquica.

Se puede observar también las brechas en el trabajo en red, que no formaliza ni organiza las acciones para las personas con discapacidad de causa psíquica, lo que queda reflejado por ejemplo, en:

- La percepción de los y las consultantes de que requieren de dinero y de un presupuesto estable para acceder a ciertos niveles de autonomía;
- Su necesidad de acompañamiento para la realización de trámites;
- Su desconocimiento frente a la oferta pública;
- El desinterés que demuestran en áreas que requieren de mayor complejidad organizacional;
- La necesidad muchas veces de un apoyo familiar que no siempre tienen.
- Entre otros detallados durante el presente informe.

A las barreras de tipo relacional y personal le siguen brechas relacionadas con los cuidados profesionales que reciben los y las consultantes, donde también se releva:

- La necesidad de acompañamiento para la realización de ciertos trámites de salud;
- La percepción de que al ir acompañado se recibe una mejor atención;
- La inexistencia, en el sistema de salud, de protocolos de atención que permitan tratar adecuadamente a las personas en situación de discapacidad.
- La percepción de que el propio personal de salud genera asimetrías en el acceso a la información.

A su vez, el foco muchas veces se pone en los programas de salud, cuestión que es comprensible, pero que debiera trascender hacia servicios más comprehensivos e integrales, que aborden todas las áreas donde las personas presentan necesidades y privaciones, y que son necesarias para comenzar a ejercer la autonomía en particular y todos sus derechos en general.

Si bien, a juicio de la propia Comunidad, la constelación como estrategia de intervención ha demostrado ser costo efectiva, su implementación y ejecución debe superar una serie de barreras que están dadas,

principalmente, por la forma en que opera el sistema de salud y social, que obliga a sus funcionarios a trabajar para lograr resultados en el corto plazo, a disminuir sus salidas a terreno, a no siempre tener los recursos económicos que se necesitan, entre otros, lo que redunda en que esta herramienta debe ser muy bien pensada y utilizada en los casos que realmente se requiere.

En este contexto, el trabajo realizado por la Comunidad Terapéutica de Peñalolén en lo relativo a fortalecer las capacidades de las y los consultantes y promover su autonomía e independencia no se limita solo a ellas y ellos, sino que también a los equipos de trabajo de la red comunal/local con la que se relacionan, a fin de sensibilizar en los derechos de las personas en situación de discapacidad, en el buen trato, su respeto y reconocimiento.

A partir de ello, el equipo de la Comunidad Terapéutica ha podido establecer diagnósticos situacionales y vínculos de confianza con los y las consultantes, sus familias y los profesionales de los diversos equipos de la red, lo cual les ha permitido dar mejores respuestas a las necesidades de cada uno. Sin embargo, esto no se encuentra garantizado desde las instituciones como una práctica cotidiana, ya que la relación sigue dependiendo del funcionario a cargo. Es decir, de relaciones de simpatía con el modelo de trabajo realizado por CORDES y de empatía por la temática de discapacidad de causa psíquica. Todo lo cual genera cierta inestabilidad, ya que la relación depende, en términos de la propia comunidad terapéutica, de la voluntad y disposición más que de una relación formal y protocolarizada.

Es decir, el modelo de trabajo que utiliza la Comunidad para acompañar el tránsito a la vida independiente de las personas con discapacidad de causa psíquica, es una contribución al sistema de apoyos y cuidados que se debe desarrollar desde una perspectiva que permita la continuidad de éstos y garantice el respeto de los derechos de los y las consultantes. Sin embargo, no está exenta de las tensiones generadas en un contexto social que aún convive con visiones diversas en la comprensión y abordaje de la discapacidad en general, y más aún en el campo de la discapacidad de causa psíquica.

De este modo, y considerando lo planteado en los párrafos anteriores se pueden establecer las siguientes recomendaciones por cada uno de los actores identificados:

ACTOR	RECOMENDACIONES
Estado	- Las políticas públicas deben contar con diagnósticos situacionales certeros de las necesidades de la población que presenta discapacidad de origen psíquico. - Los planes y programas deben contener en sí mismos presupuestos adecuados, fuerza y apoyo político, enfoque de derecho, recursos humanos capacitados en temáticas de discapacidad y derechos, información, organización, consenso, tiempos definidos e infraestructura. - Se debe promover con mayor fuerza y sistematicidad la participación de la ciudadanía en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. - El Estado debe evaluar las acciones que lleva a cabo y actualizar sus acciones si no están dando los resultados esperados. - Las políticas deben ser políticas de Estado y no de gobierno, sin quedar al albedrío de las autoridades de turno. - Generar todos los instrumentos necesarios para que el trabajo con redes sea considerado como parte esencial del trabajo en el campo de la salud mental. Establecer metas con las redes es clave. - A las instituciones públicas de educación superior: formación obligatoria de todas las carreras de la salud, en derechos humanos y derechos de las personas en salud, salud mental y discapacidad. El Estado debe diseñar los reglamentos y las leyes para la implementación de la Convención para personas en situación de discapacidad, en plazos definidos en conjunto con la sociedad civil y las organizaciones de salud mental. - entorno de apoyo.

ACTOR	RECOMENDACIONES
Equipos de trabajo de salud mental e intersector	- Promover su participación en las decisiones que se toman en los niveles centrales de la administración pública. - Aplicar estrategias de continuidad de cuidados y apoyos, considerando la historia y adaptando los programas a las necesidades de cada uno y de su entorno de apoyo. - Considerar a las familias y entornos de apoyo de las personas consultantes. - Participar en instancias de capacitación en temas relativos a la aplicación de los enfoques de derecho, de género y buen trato. - Promover la participación de los usuarios, usuarias y sus familias en el desarrollo de los programas. - Trabajar en red y desde los enfoques de protección social y salud familiar y comunitaria.
Familias	- Promover el conocimiento de la oferta pública. - Acceder a programas de apoyo y cuidado que disminuyan su carga en estas áreas. - Generar instancias de capacitación para conocer de manera más profunda lo que implica la discapacidad de causa psíquica. - Promover también capacitaciones en materias relativas a los derechos de las personas en situación de discapacidad, la promoción de su autonomía y la generación de redes formales e informales. - Potenciar, junto con los equipos de trabajo, un mayor involucramiento en el tratamiento y desarrollo de acciones para y hacia las personas con discapacidad de causa psíquica.

ACTOR	RECOMENDACIONES
Consultantes	- Promover su participación en las distintas áreas de la vida. - Conocer y exigir sus derechos y buen trato. - Participar con mayor fuerza en el diseño e implementación de los programas públicos.
Equipo Comunidad Terapéutica	- Incluir una línea de incidencia dentro de la planificación estratégica. - Promover el uso de las constelaciones como herramienta de trabajo en todos los equipos de trabajo comunales y territoriales. - Continuar con la realización de campañas de sensibilización y capacitación. - Dar a conocer el modelo de trabajo, sus potencialidades y desafíos en las distintas instancias de trabajo con los equipos de salud mental del aparato público. - Promover con mayor fuerza no sólo el acceso a los programas públicos de salud, sino que también a las otras áreas públicas. - Mantener actualizada la información sobre los servicios y beneficios dirigidos a la población con discapacidad. - Articular con otras instituciones a nivel territorial iniciativas o programas específicos para la población con discapacidad de causa psíquica.

Este cuadro busca poner de manifiesto las responsabilidades de los diferentes actores que intervienen en el apoyo y cuidado de las personas en situación de discapacidad de causa psíquica, y del mismo consultante, de tal forma de conformar círculos virtuosos de trabajo que permitan superar los estigmas y las dificultades de coordinación e implementación observadas en el trabajo cotidiano.

Para llevar a cabo un adecuado sistema de apoyos y cuidados se requiere de un esfuerzo conjunto del Estado, las instituciones, los equipos profesionales sociales y sanitarios, las familias y los propios consultantes. Urge, de este modo, un cambio en la voluntad social de querer generar instancias de trabajo para la discapacidad psíquica que promuevan, realmente, el enfoque de derechos y la participación social y comunitaria.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar Luis, (1992): *La hechura de las políticas. Primera Edición. Miguel Angel Porrua, Grupo Editorial. México.*

Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) (2011): *Discapacidad Intelectual: Definición, clasificación y sistemas de apoyo. Editorial Anaya, España.*

Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) (2015): *Guía de Orientación para el Reintegro Laboral de Trabajadores/as con Diagnóstico de Patología Mental Calificado de Origen Mental.*

Berner, Heidi (2015): *El Proceso de Construcción del Subsistema de Apoyos y Cuidados en Chile. Presentación en el marco del Seminario: "Los desafíos de la institucionalidad social en el desarrollo de una protección social universal bajo el enfoque de derechos". Ministerio de Desarrollo Social, Santiago, Agosto 2015.*

Calderón, Coral (Coordinadora) (2013): *Redistribuir el Cuidado. El Desafío de las Políticas. Naciones Unidas, CEPAL, Santiago, Septiembre 2013.*

Cecchini, Simone, Martínez, Rodrigo (2011): *Protección Social inclusiva en América Latina. Un Mirada Integral, un enfoque de derechos. Naciones Unidas, CEPAL, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo, GIZ, Santiago, Marzo 2011.*

Corporación Circulo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad de Chile-CIMUNIDIS; Corporación Humanas, Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género; Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio; Agrupación Líderes con Mil Capacidades; Centro de Estudios de la Mujer –CEM; Coordinadora Autónoma Contra la Violencia; Corporación Chilena de Prevención del SIDA – ACCIONGAY; Corporación Coordinadora Nacional de Familiares, Usuarios y Amigos de Personas con Afecciones de Salud Mental – CORFAUSAM; Corporación Opción; Fundación Down 21 Chile; Fundación Henry Dunant América Latina; Fundación Instituto de la Mujer; Fundación Iguales; Fundación Observatorio Contra el Acoso Callejero -OCAC Chile; Fundación Rostros Nuevos; Litigio Estructural en Derechos Humanos –LEASUR; Movimiento Acción Migrante –MAM; Observatorio de Derechos Humanos y Legislación; Observatorio de Género y Equidad; Unión Nacional de Ciegos de Chile – UNCICH (2016): I*nforme Alternativo para el examen del Estado de Chile ante el Comité de Derechos de las Personas con Discapacidad en su sesión 15, Marzo 2016.*

Congreso Nacional de Chile (2010): *Ley N°20.422 sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad.*

Congreso Nacional de Chile (2012): *Ley N°20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.*

Flores-Castillo, Atenea (2012): *Cuidado y Subjetividad. Una Mirada a la atención domiciliaria. Naciones Unidas, CEPAL, División de Asuntos de Género Santiago, Marzo de 2012.*

García Alonso, J.V. (Coordinador) (2003): *El movimiento de Vida Independiente: experiencias internacionales. Fundación Luis Vives, Madrid, 2003. Disponible en http://www.senadis.gob.cl/areas/autonomia/documentos (Revisado en Septiembre de 2017).*

Gómez, Mauricio (2016): *"Discapacidad mental, dependencia y apoyos" en "Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas en situación de dependencia". Editorial USACH.*

Guerrero, Omar (1994): *Los usos del análisis de implementación de políticas en "Gestión y política pública", Volumen III Número 1. Centro de Investigación y Docencia Económica. México*

Lahera, Eugenio (2002): *Introducción a las políticas públicas. Series Breviarios del Fondo de Cultura Económica. México.*

Larraín, A; Abusleme, M. (2017) *Salud mental como derecho: Los casos de implementación de las leyes de salud mental en Estados Unidos y Chile. En Guajardo, G. (2017) Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Santiago, Chile: FLACSO-Chile.*

Martínez, Teresa (2013): *Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la persona. Disponible en www.acpgerontologia.com (Revisado en Septiembre de 2017).*

Ministerio de Desarrollo Social (2015): *Informe de Desarrollo Social 2015. Disponible en: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/IDS2.pdf (Revisado en Septiembre 2017).*

Ministerio de Desarrollo Social (2016): *Informe de Desarrollo Social 2016. Disponible en http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/upload/Informe_de_Desarrollo_Social_2016.pdf (Revisado en Septiembre 2017).*

Ministerio de Desarrollo Social (2017): *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Subsecretaría de Evaluación Social. Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php (Revisado en Septiembre de 2017).*

Ministerio de Salud (2013): *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf (Revisado en Septiembre 2017).*

Ministerio de Salud (2011): *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Disponible en http://www.ispch.cl/sites/default/files/documento/2011/12/Metas2011-2020.pdf (Revisado en Septiembre de 2017).*

Ministerio de Salud (2017): *Modelo de gestión: Red Temática de Salud Mental, como parte de la red general de salud, Unidad de Salud Mental, División de Gestión de la Red Asistencial, Subsecretaria de Redes Asistenciales.*

Ministerio de Salud (2017): *Modelo de gestión: Red Temática de Salud Mental en la red general de salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.*

Ministerio de Salud (2018): *Encuesta Nacional de Salud 2016–2017. Segunda entrega de resultados, Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública.*

Montaño, Sonia, Calderón, Coral (Coordinadoras) (2010): *El Cuidado en Acción. Entre el Derecho y el Trabajo. Naciones Unidas, CEPAL, AECID, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, Santiago, Julio 2010.*

Montero, Maritza (2004): *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Editorial Paidós. Primera Edición. Buenos Aires. Argentina.*

Navarrete Yáñez, Bernardo, & Figueroa Rubio, Pamela. (2013). *Los problemas de la implementación top-down a nivel local: Un estudio de caso sobre seguridad ciudadana. Documentos y aportes en administración pública y gestión estatal, (20), 81-109. Recuperado en 13 de febrero de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37272013000100003&lng=es&tlng=es (Revisado en Febrero de 2018).*

Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014): *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile.*

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Versión abreviada. Edición: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Grafo, S.A.*

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2017): *Informe de la relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. 37 periodos de sesiones. Consejo de Derechos Humanos.*

Organización de Naciones Unidas (ONU) (2008): *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Oficina del Alto Comisionado para los derechos humanos. Nueva York, Ginebra.*

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas (OMS) (2016) *Atlas Regional de Salud Mental de las Américas, Washington, DC.*

Palacios, Agustina (2008): *El modelo social de discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ediciones Cinca, Madrid, España.*

Pautassi, Laura (2007): *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.*

Pautassi, Laura (2015): *Una cuestión de derechos: El cuidado en la agenda pública en América Latina, en: Gonzalvez Torralbo, H (comp.) "Diversidad familiar, cuidades y migración. Nuevos enfoques y viejos dilemas". Ediciones Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile.*

Ponencia Congreso Chile: *Importancia de la fase de Implementación de políticas públicas a la luz de la Teoría Organizacional: el caso del Sistema de Financiamiento para el Desarrollo del Estado (SIFIDE) en el Estado de San Luis Potosí, México, 2000-2008. Everardo Blanco Livera. Recuperado en http://paperroom.ipsa.org/papers/paper_984.pdf (Revisado en Febrero de 2018).*

Querejeta, Miguel (2003): *Discapacidad/Dependencia Unificación de criterios de valoración y clasificación. Red española de colaboración con la OMS para el estudio de la discapacidad (RECEDIS).*

Retamal C, Pedro, Markkula, Niina, & Peña, Sebastián. (2016). *Salud mental en Chile y Finlandia: desafíos y lecciones. Revista médica de Chile, 144(7), 926-929. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000700015 (Revisado en Febrero de 2018).*

Robles, Claudia (2011): *El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad. División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en http://repositorio.cepal.org/*

bitstream/handle/11362/3907/S1100694.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Revisado en Septiembre 2017).

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (2006): *Discapacidad en Chile. Pasos hacia un modelo integral de funcionamiento humano. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago, Chile.*

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (2013): *Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad 2013-2020. Chile.*

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (2015): *Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad. Un nuevo enfoque para la inclusión. Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social.*

Silva, Gloria y Mujica, Alejandra (2014): *Salud mental en Chile. Lo cotidiano, generación de redes y lazos: Experiencias en salud mental comunitaria, Comunidad Terapéutica de Peñalolén, en Quoestoes Contemporáneas da Terapia Ocupacional Na América Do Sul.*

Sojo, Ana (2011): *De la evanescencia a la mira: El Cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina. Naciones Unidas, CEPAL, División de Desarrollo Social, Santiago, Septiembre 2011.*

Thoenig, Jean Claude, Meny, Yves (1992): *Las Políticas Públicas. Ariel Ciencia Política. Barcelona.*

Valdés, Camila y Errázuriz, Paula (2012): *Salud Mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud. Instituto de Políticas Públicas, Universidad Diego Portales.*

Victoria Maldonado, Jorge (2013): *El modelo social de la discapacidad: Una cuestión de derechos humanos. Boletín mexicano de Derecho Comparado. Recuperado el 5.02.2018.*
Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0041-86332013000300008&lng=es&tlng=es (Revisado en Febrero de 2018).

Páginas web consultadas

www.leychile.cl
www.senadis.cl
www.ministeriodedesarrollosocial.cl
www.minsal.cl
www.programassociales.gov.cl
http://www.who.int/es/
http://cordescorporación.cl

IV. ANEXOS

Anexo 1
Fichas para el análisis de los Programas Sociales e Iniciativas Sociales relevados por la Comunidad Terapéutica de Peñalolén

1. DERECHO A LA SALUD	ATENCIÓN DOMICILIARIA CON DEPENDENCIA SEVERA	RESIDENCIAS Y HOGARES PROTEGIDOS	CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA	CONTROL DE SALUD DE NIÑO Y NIÑA SANO EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	Sí	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	41.087	41.087	900	152.160
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Ficha clínica como medio de acceso.	Ficha clínica como medio de acceso.	Equipo de salud invita a participar.	El Servicio de Salud asiste al colegio a informar y pedir autorización para realizar la atención.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	Sí	Sí	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, el programa declara incorporar la mirada de los usuarios a través de entrevistas que realiza el mismo equipo de salud.	Sí, el programa declara incorporar la mirada de los usuarios a través de entrevistas que realiza el mismo equipo de salud.	Sí. Incorpora la mirada de los usuarios a través de entrevistas que realiza el mismo equipo de salud y encuestas de satisfacción.	Incorpora la participación por medio de la realización de consultas a los padres.

1. DERECHO A LA SALUD	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	ESPACIOS AMIGABLES	MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN	PREVENCIÓN DEL VIH SIDA E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	39.434	1.684.570	10.398.820	4.183.472
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Ficha clínica como medio de acceso.	El adolescente entre 10 y 19 años se acerca a un espacio creado para este grupo y hace sus consultas de salud sexual y reproductiva, entre otros.	Las personas eligen al profesional que los atenderá, accediendo a un bono que les entrega FONASA.	Campañas nacionales de difusión y comunicación.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	Encuestas de satisfacción, diagnósticos participativos, cabildos y consejos consultivos comunales regionales y nacionales.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, se realizan diagnósticos participativos y mesas temáticas de trabajo.

1. DERECHO A LA SALUD	MEJORAMIENTO AL ACCESO DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	REPARACIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (PRAIS)	SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	1.289.282	660.000	1.447.359	1.740.229
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Equipo odontológico invita a participar.	La persona acredita su derecho a atención de salud en la red.	Un facilitador intercultural, parte del equipo de salud, invita a participar y genera mediación considerando la realidad cultural de los pueblos.	Estar inscrito en la red de salud y cumplir con los requisitos de edad y morbilidad.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	Sí	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	Sí, realizan entrevistas a usuarios y diagnósticos participativos. cabildos y consejos consultivos comunales regionales y nacionales.	Sí, realizan encuestas de satisfacción y diagnósticos participativos.	Sí, se han realizado estudios de aceptabilidad.

1. DERECHO A LA SALUD	INMUNIZACIONES	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO	ODONTOLÓGICO INTEGRAL	PREVENTIVO EN SALUD BUCAL SEMBRANDO SONRISAS
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	6.645.024	16.573	390.585	400.000
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Equipo de salud invita a participar, además se realizan campañas de difusión para que la población acceda al beneficio.	Equipo de salud invita a participar.	Equipo odontológico invita a participar.	Equipo odontológico invita a participar.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	Sí	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.

1. DERECHO A LA SALUD	SEGUNDO PRESTADOR	VIDA SANA Y ALCOHOL	DEPORTE Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	ESCUELAS DEPORTIVAS INTEGRALES
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	10.338	858.950	637.688	195.595
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	FONASA deriva a otros prestadores en el caso de no poder alcanzar la cobertura establecida en la ley GES.	Equipo de salud invita a participar.	Las organizaciones postulan al Instituto Nacional del Deporte.	Instituto Nacional del Deporte selecciona a las instituciones educativas.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	Sí	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción.

1. DERECHO A LA SALUD	BUEN VIVIR DE LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN	AYUDAS TÉCNICAS
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	9.280	4.500
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	El Ministerio de la Mujer y la equidad de género define los territorios donde se implementa. Es al menos una comuna por región bajo ciertos criterios.	Se postula en la página web de Senadis o en instituciones intermediarias.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, evaluación intermedia participativa.	Sí, encuestas de satisfacción.

2. DERECHO AL TRABAJO (DESARROLLO ECONÓMICO)	APRENDICES	BECAS DEL FONDO DE CESANTÍA SOLIDARIO (BFCS)	BECAS LABORALES	BONO EMPRESA Y NEGOCIO
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	1.500	2.915	48.050	4.450
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Empresa postula al subsidio.	OMIL (Oficina municipal de información laboral) deriva al fondo de cesantía solidario)	Organizaciones y personas postulan al beneficio tras llamado realizado por SENCE.	Empresas y microempresas postulan en SENCE.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	Sí	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, realizan encuestas de satisfacción.	Sí, realizan encuestas de satisfacción.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, realizan encuestas de satisfacción.

2. DERECHO AL TRABAJO (DESARROLLO ECONÓMICO)	CAPACITACIÓN EN OFICIOS	MÁS CAPAZ	SUBSIDIO AL EMPLEO JOVEN	MUJER, ASOCIATIVIDAD Y EMPRENDIMIENTO
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	17.457	18.355	439.359	1.100
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Organizaciones y personas postulan al beneficio en SENCE.	Personas postulan al beneficio en SENCE.	Personas postulan al beneficio en SENCE.	Personas postulan en las oficinas regionales del Servicio Nacional de la Mujer y equidad de género
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	Sí	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, realizan encuestas de satisfacción.	Sí, realizan encuestas de satisfacción.	Sí, realizan encuestas de satisfacción.	Sí, entrevistas a beneficiarios y encuestas de satisfacción.

2. DERECHO AL TRABAJO (DESARROLLO ECONÓMICO)	PROGRAMA 4 A 7	MUJERES JEFAS DE HOGAR	APOYO A LA COMERCIALIZACIÓN DE ARTESANÍAS	AUTONOMÍA ECONÓMICA DE LA MUJER
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	8.143	28.295	1.920	10.384
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Mujeres postulan en la municipalidad.	Mujeres postulan en la municipalidad.	Personas postulan en las oficinas regionales de Fundación Artesanías de Chile	El programa focaliza a los usuarios.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, realizan encuestas de satisfacción.	Sí, realiza grupos focales.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, realiza grupos focales y encuestas de satisfacción.

2. DERECHO AL TRABAJO (DESARROLLO ECONÓMICO)	DESARROLLO DE COMPETENCIAS LABORALES	ACCESO AL MICROCRÉDITO	BONO AL TRABAJO DE LA MUJER	PROGRAMA DE APOYO AL EMPLEO SISTEMA CHILE SOLIDARIO
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	760	41.200	549.089	153.544
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Pertener al subsistema de seguridades y oportunidades. El municipio contacta a los usuarios.	Acceden al programa aquellas personas que solicitan créditos en instituciones formales para microempresarios vulnerables que están en convenio con FOSIS para la ejecución de este programa.	Las mujeres postulan en las oficinas regionales del Ministerio de Desarrollo Social o vía página web.	Los beneficiarios se rescatan de las bases de datos de Proempleo. Son seleccionados según orden de llegada hasta completar el máximo de cupos.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, realiza grupos focales y encuestas de satisfacción.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas a beneficiarios.

2. DERECHO AL TRABAJO (DESARROLLO ECONÓMICO)	YO EMPRENDO	YO EMPRENDO SEMILLA	YO TRABAJO	YO TRABAJO, APOYO A TU PLAN LABORAL
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	10.260	22.228	623	6.141
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Las personas postulan en las oficinas regionales del FOSIS, en su página web o en el municipio.	Las personas postulan en las oficinas regionales del FOSIS, en su página web o en el municipio.	Se identifican a los usuarios en los registros de FOSIS y se asignan los cupos de acuerdo a los recursos disponibles.	Las personas postulan en las oficinas regionales del FOSIS, en su página web o en el municipio.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, entrevistas a beneficiarios, grupos focales y encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción y grupos focales.	Sí, encuestas de satisfacción.	No contempla la participación ciudadana.

2. DERECHO AL TRABAJO (DESARROLLO ECONÓMICO)	YO TRABAJO JÓVENES	BONO POR FORMALIZACIÓN LABORAL
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	2.572	4.821
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Las personas postulan en las oficinas regionales del FOSIS, en su página web o en el municipio.	Acceden aquellas personas que son parte del subsistema de seguridades y oportunidades.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, encuestas de satisfacción.	No contempla la participación ciudadana.

3. DERECHO A LA EDUCACIÓN (FORMACIÓN Y APRENDIZAJE)	BECA INDÍGENA	BECA INTEGRACIÓN TERRITORIAL (PROGRAMA ESPECIAL BECA ART. 56 LEY Nº 18.681)	BECA PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA	EDUCACIÓN ESPECIAL DIFERENCIAL
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	Sí	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	85.216	4.070	67.333	7493 establecimientos educacionales
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	El usuario postula en el municipio o en el establecimiento de educación superior.	El usuario postula en línea en el portal www.becas.junaeb.cl	El usuario postula en línea en el portal www.becas.junaeb.cl	El colegio postula a sus usuarios.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	Sí	Sí	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, mesas de trabajo con los estudiantes beneficiarios del programa, tanto regional como nacional.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, realiza grupos focales y encuestas de satisfacción.

3. DERECHO A LA EDUCACIÓN (FORMACIÓN Y APRENDIZAJE)	JARDÍN CLÁSICO ADMINISTRADO POR LA JUNJI VÍA TRANSFERENCIA DE FONDOS	MEJORAMIENTO INTEGRAL DE BIBLIOTECAS PÚBLICAS	PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR	PROGRAMA EDUCATIVO ALTERNATIVO DE ATENCIÓN AL PÁRVULO
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	Sí	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	195.863	100 organizaciones	2.053.783	11.000
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Usuarios postulan en las oficinas locales de la JUNJI.	La biblioteca postula al fondo.	Todos los niños y niñas con discapacidad que están en escuelas especiales acceden a este beneficio.	El usuario postula a esta iniciativa educativa.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	Sí	Sí	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, entrevistas a beneficiarios, encuestas de satisfacción y diagnósticos participativos.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción.

3. DERECHO A LA EDUCACIÓN (FORMACIÓN Y APRENDIZAJE)	BECA DE APOYO A LA RETENCIÓN ESCOLAR	CAMPAMENTOS RECREATIVOS PARA ESCOLARES	EDUCACIÓN DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS	EDUCACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	25.351	90.803	186.000	155.993
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Los usuarios se seleccionan y otros postulan.	Son fondos concursable que pueden ser postulados por entidades públicas y privadas sin fines de lucro.	Los usuarios postulan en los establecimientos educacionales que implementan el programa.	Es una alianza pública privada que agrupa estudio y trabajo para personas que quieran formarse técnicamente y estén en un puesto laboral.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	Sí, encuestas de satisfacción.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.

3. DERECHO A LA EDUCACIÓN (FORMACIÓN Y APRENDIZAJE)	HABILIDADES PARA LA VIDA	HABILIDADES PARA LA VIDA II	ACOMPAÑAMIENTO Y ACCESO EFECTIVO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR (PACE)	PROGRAMA DE APOYO A LA RETENCIÓN ESCOLAR
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	480.372	263.558	76.520	3.840
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	El colegio identifica a los niños y niñas en situación de riesgo.	El colegio identifica a los niños y niñas en situación de riesgo.	La institución de educación superior suscribe los convenios directos con el Ministerio de Educación y aplica el programa en los colegios.	Entidades privadas y publican postulan a fondos concursables.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, encuestas de satisfacción.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, entrevistas, encuestas de satisfacción, grupos focales, diagnósticos y	Sí, encuestas de satisfacción.

3. DERECHO A LA EDUCACIÓN (FORMACIÓN Y APRENDIZAJE)	BECA BICENTENARIO	BECA DE MANTENCIÓN PARA EDUCACIÓN SUPERIOR	BECA JUAN GÓMEZ MILLAS	BECA NUEVO MILENIO
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Si
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	36.379	119.848	137.399	267.428
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Los estudiantes postulan en línea en la página web www.beneficios estudiantes.cl	Los estudiantes postulan en el Ministerio de Educación.	Los estudiantes postulan en línea en la página web www.beneficios estudiantiles.cl	Los estudiantes postulan en línea en la página web www.beneficios estudiantiles.cl
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	Si
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.

3. DERECHO A LA EDUCACIÓN (FORMACIÓN Y APRENDIZAJE)	BECA PARA ESTUDIANTES HIJOS DE PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN	BECAS DE REPARACIÓN	CRÉDITO CON AVAL DEL ESTADO	FONDO SOLIDARIO DE CRÉDITO UNIVERSITARIO (LETRA A ART. 71 BIS LEY 18.591)
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	7.580	22.890	290.000	41.144
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Los estudiantes postulan en línea en la página web www.beneficios estudiantes.cl	Los estudiantes postulan en línea en la página web www.beneficios estudiantes.cl	Los estudiantes postulan en línea en la página web www.beneficios estudiantiles.cl	Los estudiantes de las universidades del CRUCH postulan en línea en la página web www.fuas.cl
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.

3. DERECHO A LA EDUCACIÓN (FORMACIÓN Y APRENDIZAJE)	GRATUIDAD EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR	SUBSIDIO PARA LA PRUEBA DE SELECCIÓN UNIVERSITARIA	CURSOS DE FORMACIÓN	INFOCENTROS
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	313.921	184.524	32.400	23.500
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Los estudiantes postulan en línea en la página web www.beneficios estudiantes.cl	Los estudiantes postulan en línea en la página de Junaeb y en www.demre.cl	Los jóvenes postulan a los cursos de formación en la página web del INJUV.	Las personas acceden a los infocentros libremente.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, libro de reclamos.	Sí, libro de reclamos.

4. DERECHO A LA CULTURA (ENTRETENCIÓN Y OCIO)	ACCESO REGIONAL	DESARROLLO ARTÍSTICO EN LA EDUCACIÓN	ESCUELAS DE ROCK Y MÚSICA POPULAR CHILENA	FOMENTO DEL ARTE EN LA EDUCACIÓN: ACCIONA
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	Sí	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	290 comunas	1600 organizaciones	84.000	20.877
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	La municipalidad postula por medio de proyectos.	Las organizaciones postulan en las oficinas regionales del Ministerio de Cultura.	Los jóvenes postulan a través de la página y en las oficinas regionales.	Se realizan convenios específicos con las entidades ejecutoras.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	Sí	Sí	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, diagnósticos participativos.	Mesas técnicas regionales e interregionales.	Sí, diagnósticos participativos.	Sí, los profesionales de las distintas instituciones adecuan los procesos al territorio.

4. DERECHO A LA CULTURA (ENTRETENCIÓN Y OCIO)	FOMENTO Y DIFUSIÓN DEL ARTE Y LAS CULTURAS DE PUEBLOS INDÍGENAS	FONDO DE FOMENTO AUDIOVISUAL	FONDO DE FOMENTO DE LA MÚSICA NACIONAL	FONDO NACIONAL DE FOMENTO DEL LIBRO Y LA LECTURA
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	Sí	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	1187 organizaciones	1.683	1.040	165.404
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Se postula por medio de la escuela de diseño de la Universidad Católica.	Se postula en las oficinas regionales del servicio y por medio de la página web.	Se postula en las oficinas regionales del servicio y por medio de la página web.	Se postula en las oficinas regionales del servicio y por medio de la página web.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	Sí	Sí	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, diagnósticos participativos.	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción.	No contempla la participación ciudadana.

4. DERECHO A LA CULTURA (ENTRETENCIÓN Y OCIO)	INTERMEDIACIÓN CULTURAL PATRIMONIO CULTURAL INMATERIAL	PATRIMONIO CULTURAL INMATERIAL	PATRIMONIO MATERIAL E INMATERIAL	RED CULTURA
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	Sí	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	294 organizaciones	3.174	22.384	243
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Se postula en las oficinas regionales del servicio y por medio de la página web.	Se postula en las oficinas regionales del servicio y por medio de la página web.	Se postula en las oficinas regionales del servicio.	La municipalidad que está inscrita en la red cultura puede participar.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	Sí	Sí	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, diagnósticos participativos.	Sí, consultas ciudadanas, convocatorias e invitaciones.	Sí, entrevistas a beneficiarios, encuestas de satisfacción y diagnósticos participativos.

5.DERECHO A LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	FONDO DE PROTECCIÓN AMBIENTAL	MUJER CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN	ACCIÓN - APOYO A INICIATIVAS FAMILIARES Y COMUNITARIAS	ACTIVO JOVEN SUSTENTABILIDAD SOCIAL Y AMBIENTAL
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	195 organizaciones	8.500	5.128 familias	12.000
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Las organizaciones sin fines de lucro postulan en línea.	Las mujeres postulan en la municipalidad y en las oficinas regionales de SERNAMEG.	Las entidades operadoras identifican a las familias de acuerdo a los criterios de FOSIS los incorporan al programa.	Se postula en forma presencial o vía web en las oficinas regionales del INJUV. Es una convocatoria abierta.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción.

5.DERECHO A LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ACTIVO JOVEN TERRITORIAL	PARTICIPACIÓN INCLUSIVA TERRITORIAL	PROGRAMA DE DESARROLLO FAMILIAR	TALLERES JUVENILES
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	1.358 organizaciones	310 organizaciones	17.000	11.250
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Se postula por medio de la página web del INJUV. Es una convocatoria abierta.	Las organizaciones sociales de y para personas con discapacidad postulan en la oficina del SENADIS.	Las familias postulan presencialmente en las oficinas locales de la Fundación para la Familia.	Se asignan cupos regionales. Los jóvenes se inscriben en la web del INJUV.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	Sí	Si	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, entrevistas a beneficiarios y encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, encuestas de satisfacción.

5.DERECHO A LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	TARJETA JOVEN
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	878.161
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Los jóvenes pueden retirar la tarjeta en las oficinas del INJUV.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.

6. DERECHO A LA PROTECCIÓN SOCIAL	PREVENCIÓN INTEGRAL DE VIOLENCIAS CONTRA LAS MUJERES	ATENCIÓN, PROTECCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	APOYO A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	ACCESO A LA JUSTICIA PARA LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	14.934.209	130.622	354	41 organizaciones
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Campañas de sensibilización, prevención y capacitación.	Demanda espontánea o derivación desde tribunales de familia.	Los usuarios que cumplen con los criterios, son derivados al programa para ser evaluados por el equipo de salud mental.	El programa tiene dos componentes. Uno, donde las instituciones postulan a fondos públicos para hacer seminarios, talleres, capacitación, entre otros. Y otro donde SENADIS contacta a instituciones para que representen jurídicamente a las personas con discapacidad, transfiriéndoles los recursos.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	No	Sí	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, entrevistas a beneficiarios y encuestas de satisfacción.	Sí, entrevistas a beneficiarios y encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción y diagnósticos participativos.	Sí, jornadas de retroalimentación anuales.

6. DERECHO A LA PROTECCIÓN SOCIAL	APOYO A FAMILIAS PARA EL AUTOCONSUMO	CHILE INCLUSIVO: DESARROLLO DE ORGANIZACIONES INCLUSIVASL	FONDO NACIONAL DE PROYECTOS INCLUSIVOS	APOYO A LA DINÁMICA FAMILIAR
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	4.555 familias	26 municipalidades	96 organizaciones	4.000
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Las familias son escogidas por medio del subsistema de seguridades y oportunidades. No se postula.	Los municipios postulan y SENADIS selecciona de acuerdo a los criterios definidos por el programa.	Fondo concursable que se realiza una vez al año al cual las organizaciones postulan.	Los usuarios son invitados a participar desde el Municipio a través de las unidades de intervención familiar.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	Sí	Sí	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, diagnósticos participativos.	Sí, encuestas de satisfacción.	Sí, encuestas de satisfacción y grupos focales.

6. DERECHO A LA PROTECCIÓN SOCIAL	PROMOCIÓN Y DESARROLLO DE LA MUJER	PROGRAMA EDUCATIVO - CHICC	PROGRAMA FAMILIAS SS-OO	PROGRAMA SERVICIOS SOCIALES LÍNEA IEF - CHISOL
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	31.692	853.202	45000 hogares y/o familias	222.566
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Las mujeres se registran en las oficinas de PRODEMU y acceden al programa de acuerdo a los cupos que tiene éste.	Las familias por el sólo hecho de ser parte del programa Chile Crece Contigo	Las familias a participar son aquellas focalizadas por el programa de acuerdo a los decretos que rigen el subsistema de seguridades y oportunidades.	Organizaciones sin fines de lucro concursan los fondos públicos de la Subsecretaría del trabajo y son ellos quienes convocan a los usuarios de acuerdo al registro del subsistema de seguridades y oportunidades.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	Sí	Sí	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, encuestas de satisfacción y grupos focales.	Sí, entrevistas a beneficiarios.	Sí, encuestas de satisfacción y diagnósticos participativos.	No contempla la participación ciudadana.

6. DERECHO A LA PROTECCIÓN SOCIAL	TRÁNSITO A LA VIDA INDEPENDIENTE	APORTE FAMILIAR PERMANENTE	APORTE PREVISIONAL SOLIDARIO	SUBSIDIO DISCAPACIDAD MENTAL
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	1.800	1.479.321 hogares y/o familias	818.850	21.388
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Fondos concursables a los cuales las organizaciones postulan en las oficinas regionales de SENADIS o en su página web.	El estado determina automáticamente quiénes cumplen con los requisitos y lo informa a través del sitio web www.aportefamiliar.cl.	Acceden aquellos que tengan una pensión de invalidez definitiva o transitoria que tengan entre 18 y 65 años o que tengan una pensión de sobrevivencia o personas de 65 años con pensión de vejez.	Las personas postulan presencialmente en la municipalidad.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	No	Sí	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, encuestas de satisfacción y diagnósticos participativos.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.

6. DERECHO A LA PROTECCIÓN SOCIAL	SUBSIDIO FAMILIAR SUF)	BECA DE ALIMENTACIÓN PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR	TARJETA NACIONAL ESTUDIANTIL	CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	1.982.350	548.957	1.078.757	34.000
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Las personas postulan presencialmente en la municipalidad.	Los estudiantes solicitan la beca en el Ministerio de Educación.	Se entrega a todos los estudiantes matriculados en el sistema de educación básica, media y superior.	Las personas con discapacidad postulan en las oficinas de COMPIN.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí	No	No	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, encuestas de satisfacción.

6. DERECHO A LA PROTECCIÓN SOCIAL	SUBSIDIO A LA CÉDULA DE IDENTIDAD	SUBSIDIO AL PAGO DEL CONSUMO DE AGUA POTABLE Y SERVICIO DE ALCANTARILLADO DE AGUAS SERVIDAS
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	73.005	838.967 hogares y/o familias
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Acceden las personas que están en el subsistema de seguridades y oportunidades y Chile Solidario.	Las familias postulan en la municipalidad y acceden de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.

7. DERECHO A LA VIVIENDA	BENEFICIO DEUDORES HABITACIONALES - D.S. N° 51	BENEFICIO DEUDORES HABITACIONALES - D.S. N° 12	FONDO SOLIDARIO DE ELECCIÓN DE VIVIENDA DS49	FONDO SOLIDARIO DE VIVIENDA TÍTULO I
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	33.000	33.000	23.679 familias	N/A
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Minvu identifica a los beneficiarios.	Minvu identifica a los beneficiarios.	Las familias postulan al programa en el SERVIU.	Las familias pueden postular en el SERVIU de forma individual o colectiva por medio de las EJIS.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	No	Sí	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, intermediación entre las entidades patrocinantes y asistencia técnica.	Sí, las EJIS deben incorporar a las familias en el proceso.

7. DERECHO A LA VIVIENDA	FONDO SOLIDARIO DE VIVIENDA TÍTULO II	SISTEMA INTEGRADO DE SUBSIDIO HABITACIONAL - DS1	SUBSIDIO PARA EL ARRIENDO	BENEFICIO DEUDORES HABITACIONALES - D.S. N°2
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.	Sí	Sí	La discapacidad no es un factor de priorización para el ingreso.
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	N/A	19.000	12.000	146.000
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Las familias pueden postular en el SERVIU de forma individual o colectiva por medio de las EJIS.	Las familias postulan al programa en el SERVIU, en la Municipalidad o en la página web.	Las familias postulan al programa en el SERVIU o en la página web del MINVU.	El Ministerio de Vivienda asigna a los beneficiarios.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	No	Sí	Sí	No
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	No contempla la participación ciudadana.	No contempla la participación ciudadana.	Sí, encuestas de satisfacción.	No contempla la participación ciudadana.

7. DERECHO A LA VIVIENDA	HABITABILIDAD
Priorización: Favorecer el acceso de las personas en situación de discapacidad a la protección social para establecer un mínimo de condiciones de vida adecuadas	Sí
Cobertura: Número de usuarios del programa en relación a la población potencial.	6.200 familias
Información: Estrategias de difusión y comunicación que utiliza el programa.	Los usuarios son aquellos que son parte del subsistema de seguridades y oportunidades y Chile Solidario. No se postula.
Enfoque: Si el programa contiene un enfoque de derechos hacia las personas en situación de discapacidad o no lo considera.	Sí
Participación: El programa en su diseño considera la participación e inclusión de las personas o la sociedad civil (información extraída de los informes de seguimiento del programa).	Sí, entrevistas a los usuarios y encuestas de satisfacción.