

POLITICA NACIONAL DE SALUD INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Departamento de Rehabilitación y Discapacidad
División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud

2024



Contenido

ABREVIATURAS	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES QUE CREAN EL ESCENARIO PARA LA DEFINICIÓN DE UNA POLITICA DE SALUD INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	7
2.1 MARCO NORMATIVO	7
1.1.1 Marco normativo internacional (Instrumentos normativos en materia de discapacidad)7	
1.1.2 Marco normativo nacional en materia de discapacidad	10
1.1.3 Marco Normativo de Salud	11
3. MARCO CONCEPTUAL	15
3.1 Discapacidad desde el Modelo Biopsicosocial	15
3.2 Enfoque de Derechos Humanos	17
3.3 Determinantes sociales de la salud (DSS)	18
3.4 Enfoque de Curso de Vida	19
3.5 Enfoque de género	20
3.6 Salud Inclusiva	20
4. DISCAPACIDAD EN CHILE	21
4.1 Caracterización de las Personas con Discapacidad	21
4.2 Salud en las Personas con Discapacidad	24
5. POLITICA NACIONAL DE SALUD INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	27
5.1 Visión	27
5.2 Misión	27
5.3 Propósito	27
5.4 Alcance	27
5.5 Principios rectores	27
5.6 DISEÑO METODOLÓGICO	28
6.6.1. Línea de Base (estudios)	28
6.6.2. Consolidación Diagnóstica	31
1.2	33
5.7 Definición de Propuesta de solución	34
6. DEFINICIÓN DE LINEAS ESTRATEGICAS DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	34
7. IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	

8.	ANEXOS	41
8.1	ANEXO 1: Consolidado nacional de barreras en salud para Personas con Discapacidad ...	41
9.	REFERENCIAS	46

EN CONSULTA

Equipo de trabajo

Responsable Técnico del Ministerio de Salud
Dra. María Soledad Martínez Médica Jefa División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.
Coordinadora General de la Propuesta
Constanza Píriz Tapia Terapeuta Ocupacional Jefa del Departamento de Rehabilitación y Discapacidad DIPRECE Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud

Profesionales del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades

Autores	
Diana Sandoval Higuera Trabajadora Social Departamento Rehabilitación y Discapacidad DIPRECE	Cristóbal Castro Acuña Fonoaudiólogo Departamento Rehabilitación y Discapacidad DIPRECE
Camilo Águila Villanueva Terapeuta Ocupacional Departamento Rehabilitación y Discapacidad DIPRECE	

ABREVIATURAS

CDPD	Convención de los derechos de las personas con discapacidad
PcD	Persona con discapacidad
OMS	Organización mundial de la salud
ENDISC	Estudio Nacional de la Discapacidad
PsD	Persona sin discapacidad
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OEA	Organización de Estados Americanos
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
TEA	Trastorno del Espectro Autista
NNA	Niños, niñas y adolescentes
MDSyF	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad
AATT	Ayudas Técnicas
CCR	Centro Comunitario de Rehabilitación
OOSS	Organizaciones Sociales
RND	Registro Nacional de Discapacidad
Art.	Artículo

1. INTRODUCCIÓN

En el año 2008 Chile ratifica la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (CDPD), demostrando su compromiso con promover, proteger y asegurar el pleno goce de los derechos humanos y libertades fundamentales en condiciones de igualdad de todas las personas con discapacidad. La Convención establece un marco a través de la definición de principios y obligaciones para que los Estados impulsen las acciones necesarias para garantizar la plena inclusión social de las personas con discapacidad (PcD).

El ámbito de la salud representa un importante aspecto a considerar cuando se habla de inclusión efectiva y por tanto en su artículo 25 la Convención aborda el derecho a la salud, impulsando a los Estados a reconocer que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, sin discriminación por motivos de discapacidad, y en este marco insta a la adopción de medidas necesarias para asegurar el acceso a servicios de salud de calidad y ajustados a sus necesidades específicas .

A partir de esto, Chile ha consolidado paulatinamente un marco normativo que establece las acciones que se deben impulsar en los distintos ámbitos para asegurar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad (PcD), incorporando normas que contribuyen a garantizar el acceso a servicios de salud adecuados y de calidad. La ley N°20.422¹ promulgada el año 2010, principal marco normativo en materia de discapacidad que establece principios fundamentales de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal y, aunque no se centra exclusivamente en el ámbito sanitario, estas disposiciones influyen en el acceso a servicios de salud para las personas con discapacidad, al igual que consagra el derecho a la rehabilitación durante todo el curso de vida y norma sobre el proceso de calificación y certificación de la discapacidad.

Del mismo modo, otros cuerpos regulatorios nacionales establecen el acceso a la atención preferente, la garantía del derecho a recibir información en formatos accesibles y comprensibles, el derecho a recibir el apoyo o ser acompañados por una persona designada por ellos durante su atención, el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, la promoción de la inclusión, la atención integral, y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista, entre las disposiciones que destacan en la materia.

No obstante, y pese a los avances en relación con la garantía de derechos para las personas con discapacidad, lo que ha sido impulsado por una serie de tratados internacionales, pactos y compromisos que se traducen en cuerpos legislativos que consagran los derechos en cada Estado, como los mencionados anteriormente, los resultados a nivel de salud siguen presentando brechas que ponen en desventaja a las personas con discapacidad en relación con el resto de la población. De acuerdo con el Informe Mundial sobre Equidad en la Salud para las personas con discapacidad,

¹ Ley N°20.422 Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.

elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y presentado en diciembre de 2022, el mundo está lejos de hacer efectivo el máximo grado de salud que puedan lograr las personas con discapacidad, puesto que éstas siguen teniendo peor salud y experimentando más limitaciones de funcionamiento y restricciones a su participación en comparación con la población general, lo cual es el resultado de inequidades en materia de salud a consecuencia de diversos factores que han persistido durante la última década, y los cuales se agudizaron con la pandemia por COVID-19, la cual profundizó en la desventaja de las PcD dentro y fuera del sector salud.

De acuerdo con el informe, las inequidades en salud constituyen diferencias en los resultados de salud que son evitables e injustas y se deben a diversos factores que confluyen y que se agrupan en cuatro categorías (i) factores estructurales, (ii) determinantes sociales de la salud, (iii) factores de riesgo y (iv) factores del sistema de salud, en este último se incluyen barreras que existen en todos los componentes básicos, a saber, la prestación de servicios; el personal sanitario y de cuidados; los sistemas de información sanitaria; los productos y tecnologías médicas; el financiamiento y el liderazgo de los sistemas de salud (1).

A nivel país, el III Estudio Nacional de la Discapacidad de 2022 (III ENDISC) muestra un panorama similar a la información reportada por la OMS, evidenciando que en Chile la situación no es muy dispar del comportamiento global sobre los peores resultados de salud de las personas con discapacidad en relación con el resto de la población. Estos datos se condicen con una mayor demanda por acceso y utilización de servicios de salud y rehabilitación por parte de las PcD, lo que igualmente es evidenciado a través de los resultados de este estudio, los mismos son profundizados en este documento (2).

De esta forma, se vuelve fundamental reconocer las barreras que identifican las personas con discapacidad de modo de poder abordarlas y propender a su eliminación mediante la implementación de acciones que promuevan un enfoque de salud inclusiva transversal al accionar del sector salud. En este sentido, la formulación de esta política nacional de salud inclusiva es un esfuerzo por garantizar un enfoque integral y equitativo en el diseño, implementación y acceso a los servicios de salud, con el objetivo de garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a recibir atención de salud de calidad con la menor cantidad de barreras posibles. Contar con una política de salud inclusiva, con foco en las personas con discapacidad, contribuye como un importante avance en el proceso de garantizar que todas las personas gocen en igualdad de condiciones de los más altos niveles en salud desde una perspectiva de derechos humanos, basado en los principios de igualdad y no discriminación, siendo un avance en la inclusión de grupos de la población históricamente excluidos (a razón de su origen étnico, género, orientación sexual, nivel socio económico, entre otros). De esta manera la presente política busca disminuir al máximo las barreras que existen en el acceso y atención de salud para las personas con discapacidad, promoviendo la calidad y equidad a través de la definición de líneas estratégicas que aborden las desigualdades en salud.

2. ANTECEDENTES QUE CREAN EL ESCENARIO PARA LA DEFINICIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las personas con discapacidad en promedio presentan mayores necesidades de cuidados en salud en comparación a quienes no tienen discapacidad, aun así, éstas enfrentan variadas barreras de acceso a los servicios sanitarios (3). Si bien existen múltiples tratados internacionales al respecto como la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la cual en su art. 25 consagra el derecho a la salud (4), el avance en políticas públicas que aseguren el pleno goce de derechos ha sido lento, convirtiendo el acceso al sistema de salud en una tarea compleja y muchas veces inalcanzable. Para comprender los detalles de este fenómeno, es necesario contar con antecedentes que permitan analizar sus causas y posibles soluciones, además de recoger la voz y la experiencia de las personas con discapacidad, como actores clave en la identificación de necesidades y barreras, fundamentales en el planteamiento de la presente política.

2.1 MARCO NORMATIVO

El marco normativo de la discapacidad se encuentra contenido en diversos instrumentos de derecho a nivel internacional y nacional, su conocimiento es fundamental puesto que precisa las obligaciones que tienen los Estados para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de todas las PcD. De esta forma, los diversos instrumentos ya sea internacionales, suscritos o ratificados por el Estado chileno, así como los nacionales entregan el marco de accionar en los distintos ámbitos para promover, proteger y asegurar los derechos de las personas con discapacidad, impulsando con ello su inclusión social en igualdad de condiciones que el resto de la población.

2.1.1. Marco normativo internacional (Instrumentos normativos en materia de discapacidad)

Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad

Aprobada el 13 de diciembre de 2006 en Nueva York, corresponde al primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera Convención de Derechos Humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración.

Dicho documento, instala un nuevo paradigma en relación con las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad. Amplía la clasificación de las personas con discapacidad y ratifica que todas ellas, independiente de su discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Además, establece cómo se aplican todas las categorías de derechos a las personas con discapacidad, indicando los ámbitos en los que es necesario trabajar a fin de que estas puedan ejercerlos de manera efectiva (4).

Dentro de la Convención se establecen distintos principios como son:

- a) El respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas.
- b) La no discriminación.
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
- e) La igualdad de oportunidades.
- f) La accesibilidad.
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer.
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y niñas con discapacidad y su derecho a preservar su identidad (4).

Sumado a lo anterior, establece una serie de artículos que apuntan al fomento de la vida plena en sociedad por parte de las personas con discapacidad.

Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales.

Corresponde a un tratado de derechos humanos adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966. Este busca garantizar una protección integral a los derechos fundamentales de las personas en el ámbito económico, social y cultural, abordando cuestiones asociadas a la vida, trabajo, educación, salud y participación en la vida cultural.

En lo referido al derecho a la salud, en su art. 12 reconoce su importancia como un componente esencial de los derechos humanos, en particular, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (5).

Sumado a lo anterior, el año 2000 se publica la observación general N°14 del Comité sobre derechos económicos, sociales y culturales respecto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el cual modifica y agrega a este pacto, refiriéndose particularmente a personas con discapacidad en relación con el derecho a la salud, particularmente en el ámbito de la accesibilidad, establece la necesidad de que los establecimientos, bienes y servicios de salud puedan estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables que incluyen a las PcD, considerando igualmente la accesibilidad física para las edificaciones. Además, establece el acceso a servicios de salud adecuados y a una distancia geográfica razonable, incluyendo zonas rurales.

Igualmente, agrega las condiciones que aseguran, el acceso igualitario y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud, programas de reconocimiento periódicos, tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidad frecuente, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y atención apropiada de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en

particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental.

Por último, reafirma la necesidad de velar por que el sistema de salud público como privado proporcione servicios de salud que cumplan con el principio de no discriminación en el caso de las PcD (6).

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)

Este tratado del año 1969 es el principal instrumento de derechos humanos de la región en base a la cantidad de derechos que reconoce, sumado al rol en las obligaciones hacia los Estados Parte en esta materia. Se reconocen, entre los derechos: el derecho a la vida, a la integridad física y a la libertad personal. Sumado a lo anterior, establece la obligación de proteger los derechos y libertades de todas las personas sin discriminación por motivos de etnia, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otro tipo, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, esta Convención además reconoce que todas las personas, incluidas las PcD, tienen derecho a la igual protección ante la ley (7).

Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)

Mediante este documento, los Estados Parte se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales que en él se enuncian. Este protocolo garantiza que todo ser humano debe gozar del derecho a la salud como un bien público, a prevenir los abusos y a promover la educación sobre los problemas de salud. Se centra en las PcD al disponer la obligación de los Estados Parte de establecer programas para proporcionar a estas personas los recursos y el entorno necesarios para lograr el máximo desarrollo posible (7).

Objetivos de desarrollo sostenible de la agenda 2030

La agenda 2030 para el desarrollo sostenible propone la eliminación de la pobreza de todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, y avanzar hacia la igualdad de género, el empoderamiento de las mujeres, la vida sana, el bienestar en todas las edades, el crecimiento económico, el empleo pleno, y ciudades como asentamientos humanos inclusivos. Esta agenda establece que la discapacidad no puede ser un motivo o criterio para privar a personas del acceso a programas de desarrollo y el ejercicio de los derechos humanos. Este marco cuenta con diez metas, de las cuales siete se refieren de forma explícita a las personas con discapacidad y otras seis relativas específicamente a las personas en situaciones vulnerables, incluidas las personas con discapacidad (7,8).

Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación: Informe final

Este plan aprobado por los Estados Miembro de la OPS en el 53° Consejo Directivo en el año 2014 se vincula con el Plan de Acción Mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Su principal objetivo es el de fortalecer la respuesta del sector salud para las PcD. El informe final del Plan indica progresos en la región, pero destaca la necesidad de garantizar que las PcD no queden rezagadas y que aquellos que requieren ayudas técnicas tengan acceso a estos servicios.

Para la consecución de lo anterior, se proponen distintas acciones, entre las que se incluyen asegurar la incorporación de las PcD en la agenda de equidad en la salud y derechos humanos, fortalecer la coordinación con iniciativas de la Organización de Estados Americanos (OEA) y otros organismos, promover la referencia explícita a la rehabilitación y tecnologías de asistencia (AATT) en las iniciativas de salud de la OPS, incluir a los profesionales de rehabilitación en la recopilación de datos sobre recursos humanos en salud, datos de funcionamiento utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y Salud (CIF), proponer un nuevo plan de acción sobre servicios de rehabilitación en la región de las Américas y asegurar la aplicación de la resolución WHA71.8 de la OMS (2018) sobre mejora del acceso a la tecnología de asistencia en toda la Región (7).

2.1.2. Marco normativo nacional en materia de discapacidad

Ley N°20.422 de 2010 de Desarrollo Social y Familia (anteriormente Ministerio de Planificación). Establece Normas Sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad

Con la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) en 2008, Chile inicia un proceso de adecuación de su marco normativo en materia de discapacidad, lo cual se ve materializado con la promulgación de la Ley N°20.422 en el año 2010 sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad, que actualiza la normativa vigente, adoptando además el enfoque de derechos humanos y el modelo biopsicosocial para comprender la discapacidad, en concordancia con el cambio paradigmático que supuso la CDPCD. De esta forma, en la ley se define a las PcD como aquellas que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (art. 5).

Acorde con el enfoque de derechos que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos titulares de éstos, la ley N°20.422 establece 5 principios que deben orientar las acciones: vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social, los cuales son las base para asegurar su derecho a la igualdad de oportunidades, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad (9).

Así, este cuerpo legal, mandata la adopción de medidas para la igualdad de oportunidades en ámbitos como la educación, la inserción laboral, accesibilidad a la información, al entorno físico, al transporte, a la vivienda, entre otros, y a la rehabilitación, considerando también medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una PcD para participar plenamente en la vida política, educacional, laboral, económica, cultural y social; pone énfasis en las PcD en situación de especial vulnerabilidad, reconociendo dentro de ellas a las mujeres y niños con discapacidad, las PcD mental, sea por causa psíquica o intelectual y a las personas en situación de dependencia.

De esta forma, la promulgación de la Ley N°20.422 en 2010 constituye un importante hito a nivel país, en consideración de diversos elementos que marcan el panorama en relación con la comprensión de lo que es discapacidad, y por tanto de los principios que deben orientar el accionar del estado para garantizar el ejercicio de sus derechos, promoviendo la eliminación de barreras que impiden su participación en la sociedad en igualdad de oportunidades.

Es importante señalar que con los avances en materia de garantía de derechos de las PcD y luego de varios años de la ratificación de la convención e implementación de la ley, ésta última ha requerido una ampliación de su marco regulatorio en cuanto a garantías para algunos grupos específicos dentro de la población con discapacidad, y por lo tanto, la Ley N°20.422 ha sido modificada en alguno de sus artículos, incorporando derechos y garantías para personas con discapacidad auditiva y personas sordas, en los que se reconoce la lengua de señas como su lengua oficial, obligando al Estado a promover, respetar y hacer respetar los derechos culturales y lingüísticos de las personas sordas, asegurándoles el acceso a servicios públicos y privados, a la educación, al mercado laboral, la salud y demás ámbitos de la vida en sociedad, en lengua de señas (art 26 de la Ley N°20.422 modificado por la Ley N°21.303 de 2021) (9,10). De igual forma, se incorpora el reconocimiento de la sordoceguera como discapacidad única y como sistemas de comunicación oficial la dactilología, el sistema braille, técnicas de orientación y movilidad y otros sistemas de comunicación alternativos reconocidos, de modo que las personas sordociegas sean libres de elegir el o los que deseen utilizar para comunicarse en su vida cotidiana (art. 6 letra j y k y art. 26 ter. Modificados por la ley N°21.403 de 2022) (9,11).

2.1.3. Marco Normativo de Salud

Ley N°20.584 de 2012, Ministerio de Salud. Regula los Derechos y Deberes que Tienen las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud

Esta ley, promulgada en el año 2012, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud y establece que sus disposiciones son aplicables a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado, al igual que a los profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud. De modo que, ésta busca fortalecer la relación entre los usuarios del sistema y los funcionarios de la salud, asegurando el respeto a los derechos fundamentales de las personas en el contexto de la atención médica.

Así, la ley N°20.584 mandata sobre los derechos de los pacientes en el ámbito de la atención de salud, como el derecho a la información, a la privacidad, a la autonomía y a la calidad en la atención; establece la importancia del consentimiento informado, para lo cual se debe asegurar el que las personas reciban información clara y comprensible sobre todos los procedimientos; indica la garantía de la

confidencialidad de la información médica, protegiéndose la privacidad de los pacientes; establece el derecho a la libre elección respecto del prestador de salud; el derecho a la segunda opinión en caso de diagnósticos o tratamientos complejos; el acceso a su historia clínica y la solicitud de copias de la misma; el derecho a presentar reclamaciones y sugerencias sobre la atención recibida; entre otras disposiciones.

En su art. 2 indica que toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes; a su vez señala que la atención proporcionada a las personas con discapacidad física o mental deberán regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, de modo de asegurar que ésta sea oportuna y de igual calidad.

Dispone que todas las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia, en su atención de salud, en consecuencia insta a que los prestadores de salud velen porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención, teniendo a consideración a aquellas personas que tengan discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero (art. 5).

En este mismo art.5 de la referida ley, modificado a través de las leyes N°21.168 de 2019 y N°21.380 de 2021, párrafo 3° incorpora el derecho a la atención preferente para las personas con discapacidad y las personas mayores de 60 años, así como los cuidadores o cuidadoras, estableciéndose que deberán ser atendidos/as preferente y oportunamente por cualquier prestador de acciones de salud, con el fin de facilitar su acceso a dichas acciones.

De igual forma, incluye indicaciones en relación a los derechos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual, de modo que ordena al Ministerio de Salud que asegure la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de protección, las cuales tienen como principal función la de velar por la protección de derechos y defensoría de las personas con discapacidad psíquica o intelectual en la atención de salud entregada por los prestadores públicos o privados, sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia, promoviendo protegiendo y defendiendo sus derechos cuando estos sean o puedan ser vulnerados (art 29) (12).

Ley N°21.168 de 2019 del Ministerio de Salud. Modifica la Ley N°20.584, a fin de crear el Derecho a la Atención Preferente.

Esta ley crea el derecho a la atención preferente y oportuna en salud para las personas mayores de 60 años y personas con discapacidad. De esta forma, a través de su artículo único modifica la ley N°20.584 en su título II, incorporando el párrafo 3° del derecho a la atención preferente, donde se especifican las medidas que deberá tomar el prestador de salud en caso de consulta médica, prescripción y entrega de medicamentos y exámenes o procedimientos complejos (13).

La Ley mandata al Ministerio de Salud a dictar un reglamento que establezca la forma en que se aplicará la atención preferente en cada establecimiento de salud (13,14).

Ley N°21.380 de 2021, del Ministerio de Salud. Reconoce a los Cuidadores o Cuidadoras el Derecho a la Atención Preferente en el Ámbito de la Salud.

La ley tiene por objeto incorporar a los y las cuidadoras de personas como titulares del derecho a ser atendidos por cualquier prestador de acciones de salud de forma preferente y oportuna. De esta forma, mediante su artículo único modifica la ley N°20.584 que regula los derechos y deberes que las personas tienen en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud, ampliando el derecho a la atención preferente para los y las cuidadoras (art. 5 bis).

En este sentido, establece lo que se entiende por cuidador o cuidadora, definiendo que será toda persona que, de forma gratuita y/o remunerada, proporcione asistencia o cuidado, temporal o permanente, para la realización de actividades de la vida diaria, a personas con discapacidad o dependencia, estén o no unidas por vínculos de parentesco (15).

Del mismo modo, la ley mandata al Ministerio de Salud a dictar un reglamento que establezca la forma en que se aplicará la atención preferente en cada establecimiento de salud (16).

Ley N°21.331 de 2021 del Ministerio de Salud, Del reconocimiento y protección de las personas en la Atención de Salud Mental

La ley tiene por finalidad reconocer y proteger los derechos fundamentales de personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, especialmente su libertad personal, integridad física y psíquica, cuidado sanitario e inclusión social y laboral. Se rige por principios como el reconocimiento a la persona de manera integral, el respeto a la dignidad, igualdad ante la ley, la no discriminación arbitraria, la promoción de la salud mental, la participación e inclusión plena y efectiva, el respeto al desarrollo de las facultades de niños, niñas y adolescentes y su derecho a la autonomía progresiva, a preservar y desarrollar su identidad, la equidad en el acceso, continuidad y oportunidad de las prestaciones de salud mental, el derecho a vivir de forma independiente y la accesibilidad universal.

La norma establece el derecho al consentimiento libre e informado para tratamientos, con apoyos para la toma de decisiones. Promueve la atención interdisciplinaria en salud mental, que incluye áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y demás disciplinas pertinentes. En su art.10 señala que la hospitalización psiquiátrica se considera una medida excepcional y transitoria, que sólo se justifica si garantiza un mayor aporte y beneficios terapéuticos en comparación con el resto de las intervenciones posibles dentro del entorno familiar, comunitario o social de la persona.

Además, esta ley aborda derechos de familiares, de aquellos que apoyan a personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual y la inclusión social. Modifica la Ley N°20.584 sobre derechos y deberes en atención de salud, incorporando el derecho a información adaptada a niños, niñas y adolescentes, su participación en decisiones sobre tratamientos y el respeto a su negativa en investigaciones biomédicas. Prohíbe nuevos establecimientos psiquiátricos asilares o segregados en salud mental. Y por último mandata al Ministerio de Salud para que genere los reglamentos y normas técnicas pertinentes que establezcan las condiciones, requisitos y mecanismos que fueran necesarios para el cumplimiento de todos los asuntos contenidos en la ley (17).

Ley N°21.545 de 2023 del Ministerio de Salud. Establece la Promoción de la Inclusión, la Atención Integral, y la Protección de los Derechos de las Personas con Trastorno del Espectro Autista en el Ámbito Social, de Salud y Educación.

La Ley tiene como objetivo principal asegurar la igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con trastorno del espectro autista (TEA) en todas las etapas de la vida. Busca eliminar la discriminación, promover un abordaje integral en los ámbitos social, de la salud y la educación, y concientizar a la sociedad sobre el TEA. Esta define el TEA como un neurotipo genérico, abarcando todo el curso de vida de quienes lo presentan, y de esta forma precisa que las personas con TEA presentan una diferencia o diversidad en el neurodesarrollo típico, el cual se manifiesta en dificultades significativas en la iniciación, reciprocidad y mantención de la interacción y comunicación social, al interactuar con los diferentes entornos, así como también en conductas o intereses restrictivos o repetitivos (art 2, letra a).

Para la aplicación de las normas que establece la ley define principios transversales como el trato digno, la autonomía progresiva, la perspectiva de género, la intersectorialidad, la participación y dialogo social, la neurodiversidad, la detección temprana y el seguimiento continuo. Indica que el Estado tiene deberes específicos, incluyendo el aseguramiento del desarrollo personal, igualdad de oportunidades, y la prevención de violencia y discriminación. Se promueven acciones como la investigación científica, campañas de concientización, detección temprana y acceso a servicios de apoyo.

En el ámbito de la salud, se establece el cumplimiento de los derechos consagrados en la ley N°20.584, una atención de salud pertinente sus necesidades, desde una perspectiva de derechos humanos, conforme a la normativa vigente, lo que incluye la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y los tratados internacionales suscritos por Chile en la materia y que se encuentren vigentes (art. 10), se contempla el tamizaje y la derivación temprana y atenciones específicas de salud de acuerdo con las necesidades, de manera oportuna, interdisciplinaria y durante todo el curso de vida (art. 14).

En el ámbito educacional, se destaca el deber del Estado de asegurar una educación inclusiva y de calidad, con formación y acompañamiento para profesionales y asistentes de la educación. Se establecen obligaciones para los establecimientos educativos y para la educación superior. En el ámbito judicial, se busca un trato adecuado y accesible para las personas con TEA.

Por último, la ley también aborda la difusión de derechos, modificaciones al Código del Trabajo para padres o tutores de menores con TEA, y evaluación por parte del Ministerio de Salud para la incorporación de prestaciones de salud asociadas al TEA en las Garantías Explícitas en Salud (18).

3. MARCO CONCEPTUAL

La comprensión de la discapacidad desde lo conceptual y su enfoque es crucial, considerando la evolución histórica de su definición. Por ello, es fundamental profundizar en un marco conceptual que refleje este proceso de cambio, resultado en una visión de la discapacidad como las estrategias para poder abordarla. Los instrumentos internacionales y nacionales han reconocido este marco y a partir de él orientan el accionar de los Estados a que garanticen los derechos de las personas con discapacidad. Sin embargo, las barreras que enfrentan y las brechas existentes en la garantía de sus derechos en plena igualdad de oportunidades aún muestran una deuda importante en la comprensión de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial y enfoque de derechos humanos y, por ende, aún resultan en prácticas que restringen su inclusión efectiva en los distintos ámbitos, entre ellos el de salud.

El presente marco conceptual entrega los antecedentes del proceso de evolución del concepto de discapacidad, haciendo énfasis en el modelo y enfoques vigentes que promueven la plena inclusión de las personas con discapacidad como sujetos de derechos y orienta el accionar del Estado proporcionando la estructura conceptual y los principios fundamentales para el diseño, implementación y evaluación de la política.

3.1 Discapacidad desde el Modelo Biopsicosocial

La conceptualización de la discapacidad ha evolucionado a través de la historia, lo que ha ido de la mano del modelo y paradigma desde donde se observe. Esta evolución marca la forma de comprender y por ende abordar la discapacidad a lo largo del tiempo, transitando desde una mirada biomédica que centraba su atención y el abordaje, en la condición de salud o enfermedad como causante de la discapacidad, en la que el centro estaba en la persona y en la deficiencia propiamente tal. De esta forma, la discapacidad era un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad se destina a obtener la cura o una mejor adaptación de la persona o un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera como cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud (19).

Sin embargo, esta mirada fue trascendida de la mano de diversos postulados entre ellos el de Engel (1977) quien consideró que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social, existiendo así una interrelación, y con ello planteando una crítica al modelo biomédico (sin negar con ello su aporte), al considerar que “una alteración bioquímica no siempre se traduce en enfermedad, pues ésta aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales” (Borrell i Carrió, 2016)(20). Al igual que los postulados del denominado modelo social, el que, de igual forma, quita el foco de la enfermedad al considerar que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el entorno social, por lo que ésta es un hecho social, y por tanto el déficit de la persona se evidencia solamente en un medio

ocial que no ha tenido la capacidad de dar respuestas a las necesidades de las personas convirtiéndose en un problema más ideológico o de actitud, que requiere de cambios sociales (19).

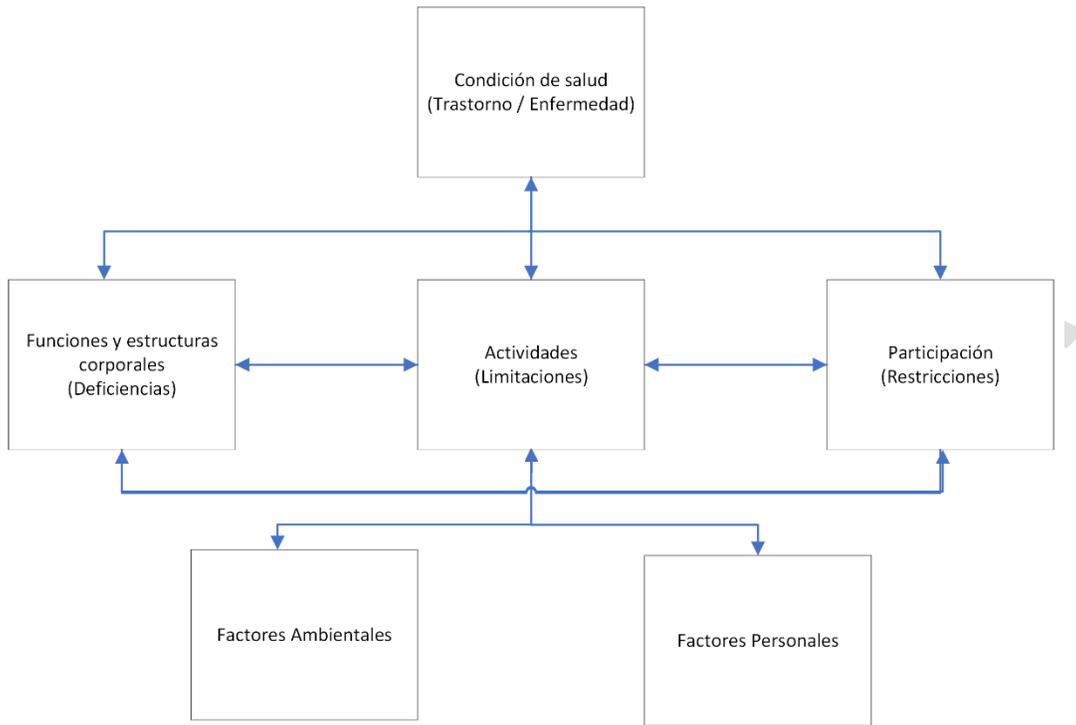
Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) integra estos modelos consagrando un cambio paradigmático en el concepto de discapacidad, de modo que ésta ya no es solo el resultado de la condición de salud o enfermedad, o de un medio social incapaz de dar respuesta a las necesidades, sino que es el resultado de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Esto se materializa con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada con el año 2001 por la OMS, la cual está basada en la integración de los modelos médico y social, con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, y por lo tanto la clasificación adopta el denominado modelo biopsicosocial e intenta “conseguir una síntesis y, así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social” (19).

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF):

El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud, y los estados relacionados a esta. Así, la CIF abarca todos los componentes de la salud y algunos del “bienestar” y los describe en términos de “dominios de salud” y de “dominios relacionados con la salud”, de modo que proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento y sus restricciones. La clasificación organiza la información en dos partes (1) **Funcionamiento y Discapacidad** que a su vez consta de dos componentes: (i) Funciones y Estructuras Corporales y (ii) Actividades y Participación; y (2) **Factores contextuales** compuesto por (i) Factores Ambientales y (ii) Factores Personales.

De esta forma, la CIF define el funcionamiento como un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación, indicando los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales. Por su parte, la Discapacidad se entiende como un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Por lo tanto, indicaría los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (19).

Imagen 1. Interacciones entre los componentes de la CIF (OMS, 2001)



Dimensiones del funcionamiento y la Discapacidad

Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, Organización Mundial de la Salud (19).

La CIF plantea un abordaje desde una perspectiva múltiple, a la calificación del funcionamiento y la discapacidad como un proceso interactivo y evolutivo, de modo que postula este diagrama para visualizar la interacción entre los diferentes componentes involucrados. Así, de acuerdo con éste el funcionamiento de un individuo en un dominio específico que se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales.

Por último, es importante señalar que la CIF ha sido aceptada como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas e incorpora las Normas Establecidas para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Es por ello que ésta brinda un instrumento apropiado para implementar los mandatos internacionales sobre los derechos humanos, así como las legislaciones nacionales (19).

3.2 Enfoque de Derechos Humanos

Los Derechos Humanos son “atributos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, género o cualquier otra condición. Todos y todas tenemos los mismos Derechos Humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles (21). Estos se encuentran protegidos por determinados ordenamientos jurídicos y deben ser protegidos a través de

los tratados internacionales sobre derechos humanos, el derecho internacional habitual, las Constituciones, los principios generales y otras fuentes del derecho.

El enfoque basado en los derechos humanos es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que se basa normativamente en estándares internacionales de derechos humanos y está operacionalmente dirigido a promover y proteger a los mismos. Su objetivo es analizar las desigualdades que se encuentran en el corazón de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y las distribuciones injustas de poder que a menudo resultan en grupos de personas menos favorecidas (22).

Así, este enfoque considera el derecho internacional de los derechos humanos como un marco normativo y conceptual que permite orientar procesos de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas, al analizar los problemas sociales y las condiciones de desigualdad existentes. De esta forma, la incorporación del enfoque confiere un grado adicional de legitimidad política y social de las políticas públicas, al basarse en valores universales referidos a la libertad, igualdad y dignidad humana.

De igual forma, este enfoque es fundamental ya que pone énfasis en los grupos de población que son objeto de mayor marginación, exclusión y discriminación a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a éstos. La responsabilidad por la promoción, la garantía y el respeto por los derechos humanos es compartida entre el Estado y la sociedad, y el accionar bajo este enfoque supone, entre otras cosas, que las personas sean consideradas como agentes principales de su propio desarrollo, en lugar de receptores pasivos de productos y servicios, que la participación sea a la vez un medio y un objetivo, que las estrategias proporcionen empoderamiento en lugar de negarlo y que el análisis incluya a todos los grupos de interés, entre ellos, las capacidades del Estado como principal garante de derechos y el papel de otros agentes no estatales. Lo que se garantiza considerando los principios del enfoque de derechos que guían el diseño de políticas públicas, son la universalidad, indivisibilidad, igualdad y no discriminación, participación y rendición de cuentas.

Así, los estándares de derechos humanos contribuyen a orientar el contenido de las políticas y los resultados esperados, y establecen criterios mínimos a considerar, tanto en la priorización de lineamientos de política pública como en el seguimiento a la implementación y medición de impactos. En conjunto el enfoque de derechos promueve el desarrollo de las capacidades institucionales necesarias en las distintas entidades públicas para que puedan garantizar los derechos de manera efectiva, a la vez que promueve el fortalecimiento de las capacidades de las personas, grupos y pueblos como titulares de derechos para que puedan ejercerlos y exigir su cumplimiento (23).

3.3 Determinantes sociales de la salud (DSS)

Los determinantes sociales de salud hacen referencia al conjunto más amplio de determinantes sociales, comerciales, culturales, económicos, ambientales y políticos que impulsan patrones de desigualdad en salud. Estos determinantes son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como el acceso de las personas al poder, dinero y recursos. Estos determinantes incluyen el empleo, la educación, la exposición al entorno físico, los riesgos ocupacionales, la vivienda, productos químicos, calidad de aire y agua, saneamiento e higiene y el cambio climático. También se refieren a las fuerzas y sistemas que dan forma a las condiciones de la

vida diaria, como las políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos.

Los DSS se dividen en determinantes intermedios (condiciones de vida y trabajo) y estructurales (factores sociales que generan estratificación social). Los determinantes estructurales, consideran aspectos como el clasismo, racismo, sexismo, capacitismo, xenofobia y homofobia, estos tienen una gran influencia en los patrones de equidad en salud y son conocidos como los determinantes sociales de la equidad en salud (24).

3.4 Enfoque de Curso de Vida

El enfoque de curso de vida es la relación dinámica de las exposiciones previas a lo largo de la vida con los resultados de salud posteriores y los mecanismos por los cuales las influencias positivas o negativas dan forma a la trayectoria humana y al desarrollo social, lo que tiene un impacto en los resultados de salud de la persona y la población (25).

De esta forma, el enfoque de curso de vida representa un nuevo paradigma que reconoce las influencias biológicas, psicológicas y del entorno físico y social en la salud individual y de la población, a lo largo de todas las etapas de la vida, están conectadas entre sí. De acuerdo con la OMS, el concepto abarca toda la vida, reconociendo que hay características de cada etapa y destacando el valor de cada una en la construcción de la otra, por lo tanto, el enfoque de curso de vida supone abarcar la totalidad de las trayectorias de una persona y reconocer la existencia de periodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las edades.

Este enfoque permite entenderse desde una serie de conceptos claves, entre los que están: **(i) Trayectorias**, se refieren a un camino a lo largo de la vida que puede variar y cambiar en su dirección, grado y proporción. Éstas no implican una secuencia particular o una cierta velocidad y abarca múltiples dimensiones interdependientes como el trabajo, la escuela, la vida reproductiva, la migración, el desarrollo y la salud, las cuales siendo influenciadas por factores sociales, culturales, económicos y políticos. **(ii) Transiciones**, son momentos de cambio en la vida que pueden ser de origen biológico, económico, psicológico, social, político o geográfico, que marcan cambios de estado, posición o situación en las trayectorias vitales y representan el paso de un estado a otro. **(iii) Periodos críticos y sensibles**, los críticos se refieren a ventanas de tiempo de susceptibilidad durante los cuales ciertas exposiciones pueden cambiar la dirección de la trayectoria de salud, así, dicha exposición puede tener efectos adversos o protectores en el desarrollo y los resultados posteriores en cuanto a la enfermedad. En relación con los periodos sensibles hacen referencia a un tiempo en el que una exposición tiene un efecto más fuerte en el desarrollo y por lo tanto en el estado de salud. **(iv) Temporalidad**, esta noción releva que varios aspectos del tiempo que operan a nivel histórico, social y personal son esenciales para el enfoque de curso de vida en la salud. La consideración del tiempo en el curso de vida difiere de los periodos de la epidemiología, a veces forzados, que limitan la comprensión dinámica de la salud, la enfermedad y el cambio poblacional, poniendo de relieve los problemas temporales que dan forma a los patrones relacionados con la salud, como los sociales, culturales e históricos que tienen un impacto en los procesos de desarrollo. **(v) Impacto acumulativo**, éste permite comprender cómo los factores que optimizan o disminuyen la salud o el riesgo de enfermedad se acumulan a lo largo del curso de vida, de esta forma, el impacto acumulativo enfatiza la dimensión cronológica de la salud como factores de riesgo positivos o negativos que se combinan a lo largo del tiempo.

Por último, el enfoque de curso de vida incluye otros conceptos como **transferencia de rasgos y recursos** que considera la perspectiva de la transferencia intergeneracional de los recursos, **las vidas vinculadas**, la cual destaca la interdependencia del curso de vida de una persona con la vida de otras personas en su entorno, lo que da cuenta por ejemplo, como las condiciones desfavorables a nivel familiar y social limitan el logro de un mayor bienestar y contribuyen a la transmisión intergeneracional de niveles subóptimos de desarrollo, y la **agencia humana y determinantes sociales**, agencia entendida como los pensamientos y acciones a los que recurren las personas para expresar su poder de pensar y actuar determinando su experiencia y trayectoria de vida, lo cual está estrechamente relacionado con los determinantes sociales.

En este sentido, la adopción del enfoque del curso de vida para el desarrollo de políticas públicas de salud implica un enorme desafío, puesto que ofrece una comprensión de cómo se desarrolla la salud a lo largo de la vida y entre generaciones y, por lo tanto, invita a trabajar en una compleja integración de servicios y apoyos a lo largo del tiempo (mirada longitudinal), integrado en los niveles de atención (mirada vertical), a través de la salud y otros sectores (mirada transversal) (26).

3.5 Enfoque de género

El enfoque de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres, asumiendo que ambos tienen las mismas oportunidades de gozar las condiciones de vida y servicios que les permite estar en buena salud, sin enfermar, no generar discapacidad o morir por causas injustas y evitables. Por lo tanto, permite visualizar las inequidades entre hombres y mujeres, y realizar las intervenciones acordes a las necesidades de cada género. Busca, además, reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud asociadas al género, a lo largo de su curso de vida, es decir, su objetivo principal es la igualdad mediante la equidad (27).

3.6 Salud Inclusiva

La salud inclusiva es un constructo que se centra en el principio de que todos, independientemente de sus características o condiciones, ya sea por género, edad, origen étnico, discapacidad, orientación sexual u otras características, tengan igualdad de acceso a los servicios de salud. De esta forma, la salud inclusiva busca superar barreras y desigualdades, reconociendo y respetando la diversidad de los grupos de población, sus necesidades y circunstancias.

Hablar de salud inclusiva es hablar de equidad en salud, así, este concepto implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por diversos factores.

Las medidas para la promoción de una salud inclusiva se dirigen, por tanto, a la creación de oportunidades y a la eliminación de barreras para que todas las personas alcancen el grado máximo de salud. Esto implica la distribución equitativa de los recursos necesarios para la salud, el acceso equitativo a las oportunidades disponibles y la prestación equitativa de apoyos y ajustes requeridos. Estas iniciativas deben dar como resultado una reducción gradual de las diferencias sistemáticas en salud entre distintos grupos de la población. El objetivo último es eliminar esas desigualdades, desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población (28).

Se insta a la igualdad de oportunidades para que todas las personas alcancen su máximo potencial en términos de bienestar y calidad de vida, y por tanto implica reconocer la salud como un derecho fundamental y trabajar para garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad, sin discriminación.

En la actualidad, muchas personas con discapacidad se enfrentan a significativas barreras para acceder a la atención de salud, lo que contribuye a empeorar los resultados de salud de esta población. De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Equidad Sanitaria para las Personas con Discapacidad (2022), muchas de las diferencias entre los resultados de salud de las personas con discapacidad y las personas sin discapacidad no pueden explicarse por la afección o la deficiencia de salud subyacente, sino que están vinculadas con factores injustos que son evitables. Estos factores se conocen como “inequidades sanitarias” o “inequidades en materia de salud”, e incluyen barreras que existen en todos los componentes básicos: la prestación de servicios, el personal sanitario y de cuidados, los sistemas de información sanitaria, los productos y tecnologías médicas, el financiamiento y el liderazgo de los sistemas de salud. Esto obliga a los Estados a corregir estas inequidades existentes en materia de salud, a fin de que las personas con discapacidad puedan gozar de su derecho inherente al grado máximo de salud que se pueda lograr (29). Esta es una obligación que emana del derecho internacional de los derechos humanos y se refleja en muchos marcos jurídicos a nivel nacional.

Es fundamental que el sistema de salud esté diseñado para garantizar que todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, tengan pleno acceso a los servicios y para disminuir las desigualdades sociales y en la salud. La inclusión en el sistema de salud es importante porque permite a las personas con discapacidad experimentar los mismos beneficios/acceso a la promoción y los servicios de salud que las personas sin discapacidad (OPS) (30).

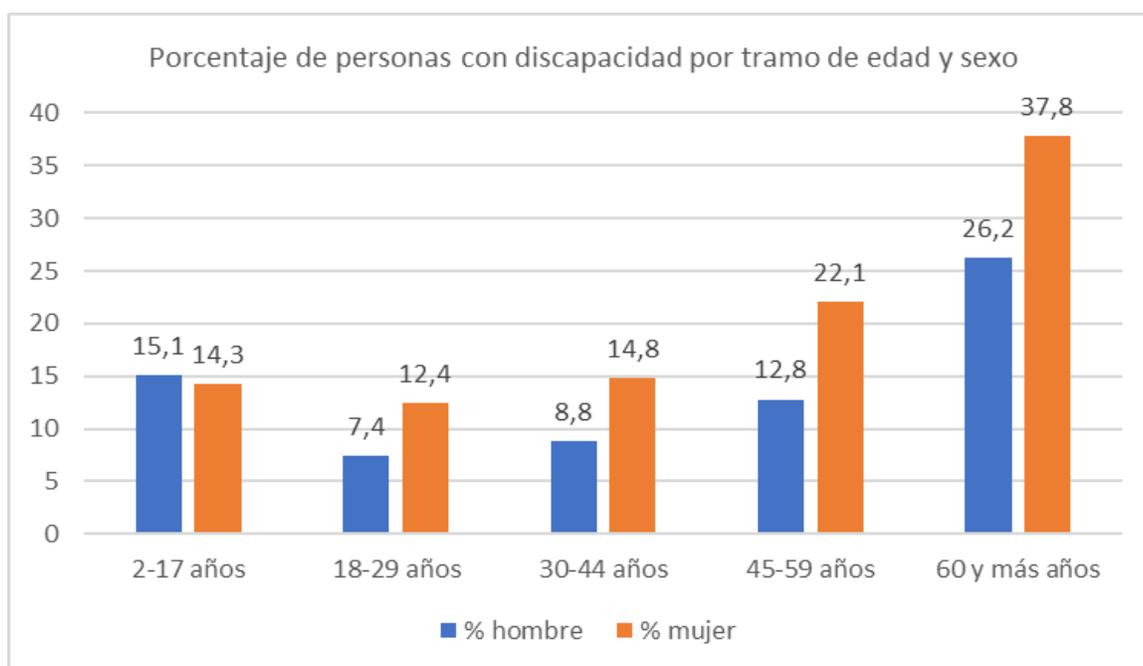
4. DISCAPACIDAD EN CHILE

4.1 Caracterización de las Personas con Discapacidad

De acuerdo con los antecedentes del tercer Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC III), el 17% de la población de dos años y más en Chile tiene discapacidad, lo que corresponde a 3.291.602 personas, de las cuales un 5.9% tienen una discapacidad leve a moderada y un 11,1% tiene discapacidad severa (2).

En cuanto a la distribución por sexo, se observan diferencias entre mujeres y hombres, pues en el caso de las mujeres un 79,6% no tiene discapacidad, mientras que un 20.4% sí presenta discapacidad. Esta situación es ampliamente diferente en el caso de los hombres, ya que un 86,4% no presenta discapacidad versus un 13.6% que sí la presenta en algún grado (2).

Gráfico 1. Porcentaje de personas con discapacidad por tramo de edad y sexo



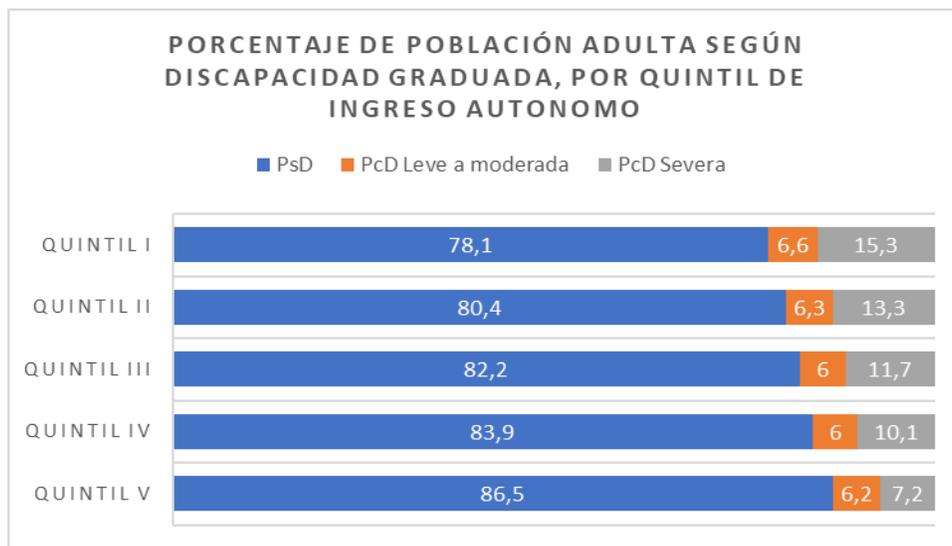
Fuente: ENDISC III 2022, SENADIS, elaboración propia.

Al revisar los datos de personas con discapacidad considerando las variables de edad y sexo, es posible observar cómo en el rango de 2 a 17 años los porcentajes de hombres y mujeres con discapacidad son similares, sin embargo, el porcentaje de mujeres aumenta drásticamente comparándolo con el de hombres en el resto del curso de vida.

Desde una perspectiva territorial, se observan resultados de porcentajes de personas con discapacidad desagregados por región, donde llaman la atención las regiones en que la prevalencia de PcD sobrepasa al nivel nacional como son Metropolitana con un 18,3%, Ñuble con 21,6%, Bío-Bío con 21,7% y Araucanía con 20,5% comparado con el 17% nacional, por lo que es relevante poder incorporar un análisis regional que responda a las características particulares de cada zona a nivel nacional.

En cuanto a las características socioeconómicas, se analizan antecedentes de personas con discapacidad de acuerdo con el quintil al que pertenecen.

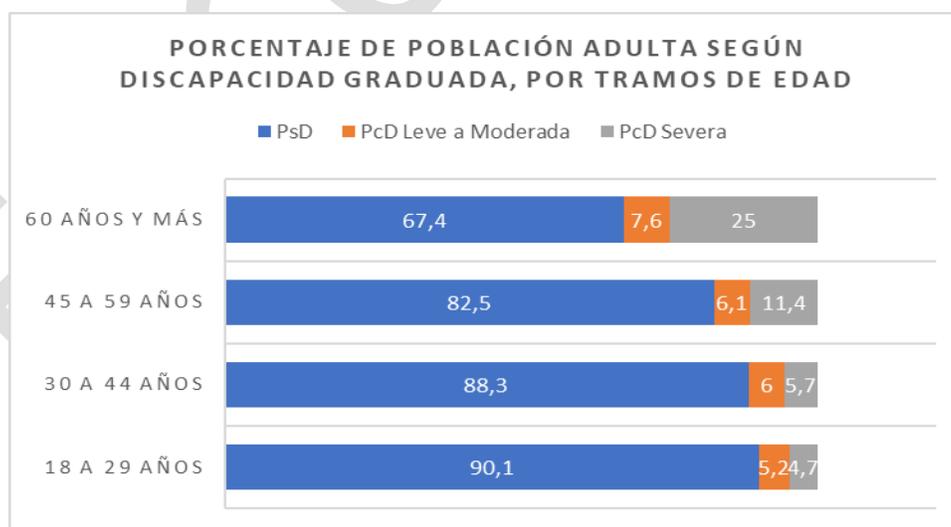
Gráfico 2. Porcentaje de población adulta según discapacidad graduada, por quintil de ingreso autónomo.



Fuente: ENDISC III 2022, SENADIS, elaboración propia.

En los adultos, la distribución de personas con discapacidad (PcD) no es igual para todos los niveles de ingreso. Se dividen en cinco grupos (quintiles), desde el más bajo (quintil I) hasta el más alto (quintil V). Se observa que la discapacidad es más prevalente en los grupos de menores ingresos y disminuye progresivamente en los de ingresos más altos; esto también se aplica a la discapacidad severa. Este patrón muestra cómo factores sociales, como el nivel de ingresos, influyen en la discapacidad.

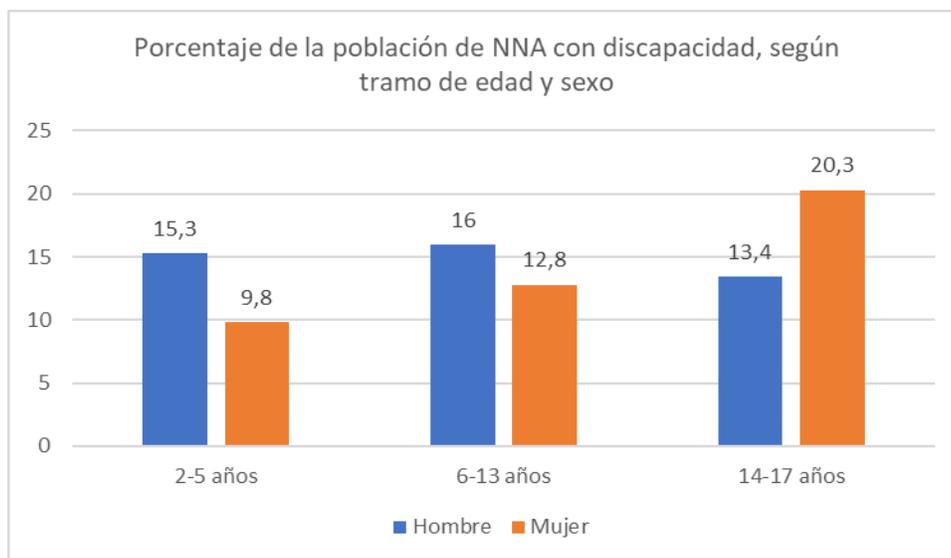
Gráfico 3. Porcentaje de población adulta según discapacidad graduada, por tramos de edad.



Fuente: ENDISC III 2022, SENADIS, elaboración propia.

La prevalencia de discapacidad desagregada por edad muestra una directa relación, a medida que las personas envejecen, el porcentaje de quienes tienen discapacidad aumenta. Esto es especialmente notable en el caso de la discapacidad severa.

Gráfico 4. Porcentaje de población NNA con discapacidad, según tramo de edad y sexo.



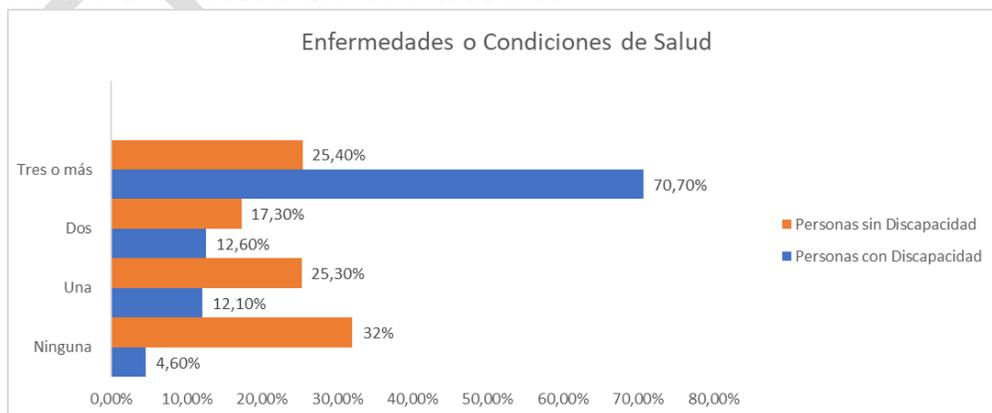
Fuente: ENDISC III 2022, SENADIS, elaboración propia.

En el caso de niños, niñas y adolescentes (NNA), al analizar los antecedentes según edad y sexo, la prevalencia de discapacidad en mujeres aumenta con la edad, mientras que en el caso de los hombres este se mantiene más estable.

4.2 Salud en las Personas con Discapacidad

Los datos aportados por el III Estudio Nacional de la Discapacidad del año 2022, permiten tener un panorama general respecto a la situación actual de salud en la población con discapacidad, puesto que incluye un módulo en el que expone la situación en algunos aspectos relacionados a su salud, el acceso a servicios de salud y rehabilitación, y las brechas que se evidencian frente al resto de la población.

Gráfico 5. Enfermedades o condiciones de salud.



Fuente: ENDISC III, 2022, SENADIS, Elaboración propia.

Los resultados evidencian que las personas con discapacidad presentan peores indicadores salud en comparación con el resto de la población. Como se observa en el gráfico N°5, el 70.7% de las personas con discapacidad presentan tres o más enfermedades o condiciones de salud, el 12,6% tiene dos, el 12,1% tiene una y el 4,6% no tiene ninguna condición de salud o enfermedad; frente a un 25.6% de las personas sin discapacidad que indica tres o más condiciones de salud, un 17.3% que indica tener dos, un 25.3% que indica una y un 32% que no tiene.

Lo anterior es relevante en cuanto las PcD requerirán de mayor cantidad de servicios de salud, por lo que el sistema debe estar preparado para enfrentar dichos requerimientos, resguardando además una atención pertinente y de calidad.

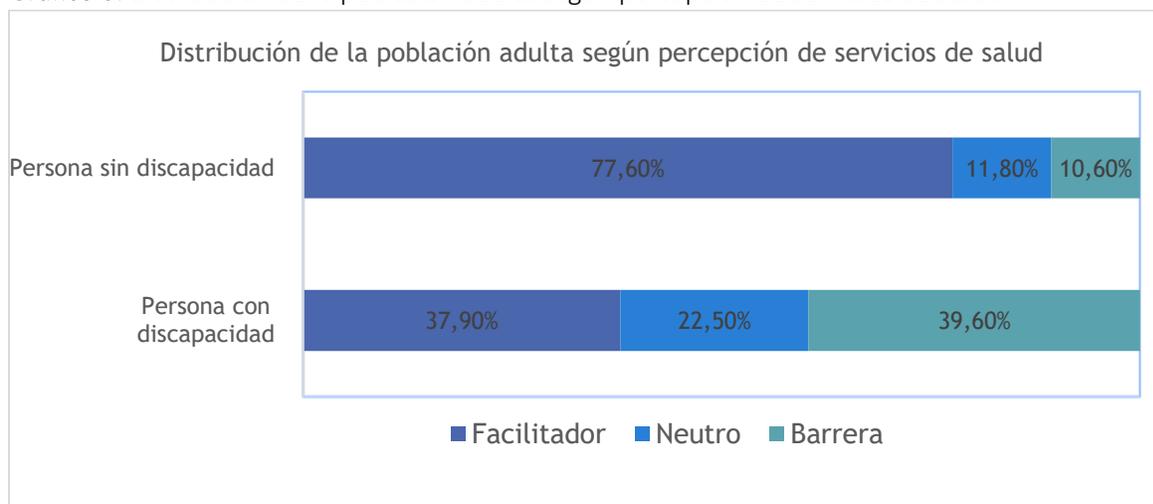
Relacionado con lo anterior, al analizar los datos sobre acceso a atenciones de salud y rehabilitación, se evidencia una mayor demanda por parte de las personas con discapacidad con relación al resto de la población, así, ante la consulta por acceso y utilización en un periodo de 12 meses previo a la encuesta, un 86,3% de las personas con discapacidad indicó que recibió atención ambulatoria de salud, frente al 70,7% de las personas sin discapacidad.

Particularmente en cuanto al acceso a servicios de rehabilitación, el 15% de la población con discapacidad indicó que usó este servicio en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta frente al 5,1% del resto de la población.

En cuanto a la población de NNA con discapacidad entre los 2 y 17 años presentan tres o más condiciones de salud o enfermedades en relación con la población sin discapacidad, siendo respectivamente un 35,3% versus un 4,5% (31). Los datos de este segmento de población con discapacidad en relación con el acceso a atención de salud y rehabilitación en los últimos 12 meses también mostraron mayores porcentajes, 86,0% de NNA con discapacidad recibieron atención de salud versus un 77,8% sin discapacidad, para rehabilitación los datos son respectivamente un 15,1% frente a un 3.6%.

Los datos a nivel país muestran que las personas con discapacidad demandan un mayor acceso a los servicios de salud, lo que se correlaciona con una mayor prevalencia de enfermedades o condiciones de salud y la necesidad de rehabilitación, igualmente, este grupo de población es atendida por una mayor cantidad de profesionales de salud, un 10,1% de las personas con discapacidad ha requerido de tres o más profesionales de distintas áreas frente al 3,9% de personas sin discapacidad; los datos también dan cuenta que los servicios de salud se constituyen en la segunda mayor barrera que identifican las personas con discapacidad y que dificultan su plena inclusión, encontrando diversos obstáculos al hacer uso de ellos, esto queda en evidencia en el gráfico N°6.

Gráfico 6: Distribución de la población adulta según percepción de Servicios de Salud.



Fuente: ENDISC III, SENADIS, 2022, Elaboración propia.

De acuerdo con el gráfico 6, un 39,6% de las personas con discapacidad perciben los servicios de salud como barreras para su inclusión, es decir enfrentan mayores dificultades para usarlos o hacer todo lo que necesiten en ellos (2).

Finalmente, los datos a nivel país reflejan un comportamiento en la misma línea de la evidencia internacional, de acuerdo al Informe Mundial sobre Equidad en Salud para las Personas con Discapacidad, publicado por la OMS en el 2022, aunque se han logrado progresos sustanciales, el mundo aún está lejos de hacer efectivo el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr para las personas con discapacidad, que siguen experimentando diversas inequidades en materia de salud, enfatizando en que muchas de las diferencias entre los resultados de salud de las personas con discapacidad y las personas sin discapacidad no pueden explicarse por la afección o la deficiencia de salud subyacente, sino que están vinculadas con factores injustos que son evitables.

El informe presenta, a partir de la evidencia, cómo los resultados a nivel de salud siguen mostrando diversas falencias que ponen en desventaja a las personas con discapacidad con relación al resto de la población, puesto que éstas siguen teniendo peor salud y experimentando más limitaciones de funcionamiento y restricciones a su participación, esto como consecuencia de las inequidades en salud, las que define como diferencias en los resultados de salud que son evitables e injustas y se deben a diversos factores que confluyen y que se agrupan en cuatro categorías (i) factores estructurales, (ii) determinantes sociales de la salud, (iii) factores de riesgo y (iv) factores del sistema de salud, en este último se incluyen barreras que existen en todos los componentes básicos, a saber, la prestación de servicios, el personal sanitario y de cuidados, los sistemas de información sanitaria, los productos y tecnologías médicas, la financiación y el liderazgo de los sistemas de salud (1).

En este sentido, se hace necesario poder profundizar en las brechas existentes en nuestro sistema de salud con miras a identificar cuáles son las principales causas que ponen al sector como una de las principales barreras para la inclusión de las personas con discapacidad en igualdad de oportunidades en relación con el resto de la población.

5. POLITICA NACIONAL DE SALUD INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

5.1 Visión

Contar con un sistema de salud inclusivo que promueva el bienestar de las PcD, sus familiares y/o cuidadores a lo largo de todo el territorio nacional, con un enfoque de derechos, asegurando la accesibilidad, ajustes razonables, calidad y equidad.

5.2 Misión

Proponer y adoptar las medidas que contribuyan a lograr equidad en la atención de salud, fomentando el desarrollo integral durante todo el curso de vida de las PcD.

5.3 Propósito

Mejorar la situación de salud y, a través de esta, la calidad de vida de las personas con discapacidad, sus familiares y/o cuidadores.

5.4 Alcance

La Política Nacional de Salud Inclusiva para PcD, está dirigida a los equipos de salud que componen la red pública y privada de atención de salud, sumado a referentes del nivel central, de Servicios de Salud y SEREMI, además de todas aquellas personas involucradas en el bienestar de las personas con discapacidad.

5.5 Principios rectores

Vida Independiente

El estado que permite a una persona tomar decisiones, ejercer actos de manera autónoma y participar activamente en la comunidad, en ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad.

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.

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.

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.

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.

Interseccionalidad

Esta se define como la interacción entre dos o más factores sociales que definen a una persona. Cuestiones de la identidad como género, la etnia, la raza, la ubicación geográfica, o incluso la edad no afectan a una persona de forma separada. Estos se combinan de distintas formas, generando desigualdades (o ventajas) diversas (32). En este sentido, podríamos sumar la discapacidad como otro factor a considerar.

Intersectorialidad

La acción intersectorial corresponde a una estrategia que vincula a los distintos sectores, instancias y acciones, mediante un trabajo colaborativo y coordinado, con el propósito de alcanzar de manera más eficiente y eficaz los objetivos de políticas públicas. En este caso, lograr contar con sistema de salud inclusivo, si bien es responsabilidad del Ministerio de Salud, requiere de la colaboración de otros sectores para ser logrado (33).

Equidad

La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas, o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o gráficas. Esta enfatiza que la mayoría de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre grupos no son el resultado de diferencias biológicas, sino que resultan de procesos sociales y económicos que crean y recrean diferencias en el acceso a la salud (34).

5.6 DISEÑO METODOLÓGICO

5.6.1. Línea de Base (estudios)

A continuación, se exploran antecedentes derivados de estudios relacionados a PcD y personas cuidadoras que sirven como base para el desarrollo de la política y validando la perspectiva de derechos humanos y determinantes sociales que debe tener la misma.

Estudio Diagnóstico Sobre Acceso a Atención en Salud en Cuidadoras y Cuidadores de Personas con Discapacidad y Dependencia. 2022- 2023

Durante los años 2022 y 2023, el Departamento de Rehabilitación y Discapacidad de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) del Ministerio de Salud, llevó a cabo un estudio diagnóstico respecto del acceso a atención en salud en cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad y dependencia. Los principales hallazgos encontrados fueron que, un 86% de las personas cuidadoras son mujeres, un tercio de los encuestados provienen de sectores rurales del país, en el caso del nivel de estrés de cuidadores y cuidadoras un 53% del total considera niveles altos o muy altos independiente de su sexo. Respecto a la percepción del deterioro de su propia salud durante el último año, las cuidadoras observan un mayor deterioro que sus contrapartes masculinas encuestados. Esto

puede suceder ya que las mujeres tienen a más personas a su cargo que los hombres (36% en contraste con el 27% de hombres), por lo que la carga es mayor y, por ende, reducen sus posibilidades de acceder a prestaciones de salud; como último antecedente, existe una menor participación laboral de mujeres que realizan labores de cuidado (17%), comparado con los hombres (quienes alcanzan un 25%), además de que un 63% declara no recibir o tener una pensión/jubilación (35). Estos antecedentes son de gran importancia ya que muestran que, bajo una perspectiva de determinantes sociales, la salud de las personas que realizan labores de cuidado se ve empeorada por factores que no necesariamente guardan relación con el sistema de salud, viendo reducidas sus posibilidades de acceder a las atenciones en el momento oportuno.

Estudio de Salud Inclusiva para Personas con Discapacidad en Chile. 2023

En 2023 el Departamento de Rehabilitación y Discapacidad del Ministerio de Salud de Chile, en colaboración con London School of Hygiene and Tropical Medicine, y organizaciones de y para personas con discapacidad, conformaron una mesa de trabajo con el objetivo de evaluar la inclusión de personas con discapacidad en el sistema de salud y definir recomendaciones basadas en la evidencia; en una instancia histórica de participación de la sociedad civil desde la rectoría de salud pública en ésta materia (36).

El proceso de evaluación se desarrolló a través de la aplicación del instrumento de Missing Billion Initiative, que consiste en una iniciativa global desarrollada por el Instituto de Salud McKinsey (The McKinsey Health Institute por su nombre en inglés), la cual es una institución sin fines de lucro que busca transformar los sistemas de salud para mejorar el acceso y sus resultados para los 1.300 millones de personas con discapacidad a nivel mundial, de manera que se propone apoyar a los Ministerios de Salud desde el modelo conceptual “Sistema de Salud Inclusivo”, el cual releva puntos clave para una mayor inclusión de personas con discapacidad a nivel del sistema de salud y la demanda y oferta en la prestación de servicios.

De esta forma, se evaluó el sistema de salud chileno mediante el instrumento de “Missing Billion Toolkit – System Level Assessment”² entre los meses de junio y noviembre del año 2023, esta herramienta cuenta con un dominio de sistema de salud y otro en la prestación de servicios (imagen N°3), cada uno conformado por distintos componentes, de los cuales se desprenden un total de 33 indicadores; 16 en el dominio de sistema de salud y 17 en el de prestación de servicios.

Para el análisis de cumplimiento por cada indicador se acudió a reportes oficiales, evidencia científica, encuestas poblacionales y entrevistas cualitativas con informantes clave, para determinar la situación actual y asignar puntajes de progreso en cada área del sistema. Cada indicador tenía asignado un puntaje de acuerdo con su métrica.

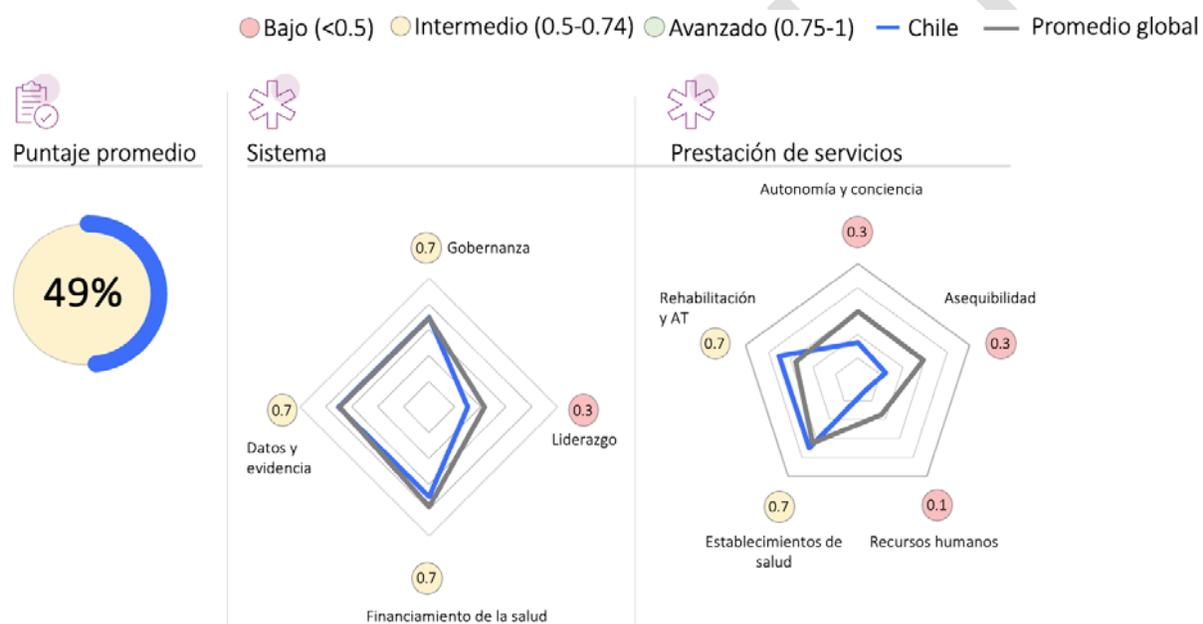
Del mismo modo, la evaluación de cada componente mediante los indicadores permitió el desarrollo de recomendaciones que se clasificaron y priorizaron considerando diversos criterios contenidos en dos grandes niveles: (i) impacto y (ii) factibilidad.

Los resultados obtenidos a partir de este ejercicio dieron cuenta de que el sistema de salud de Chile presenta un progreso intermedio hacia una salud inclusiva para personas con discapacidad,

² Missing Billion Toolkit – System Level Assessment (<https://www.themissingbillion.org/system-assessment>)

obteniendo un puntaje promedio de 49%. En cada uno de los componentes por cada dominio se evidencia el comportamiento en comparación con el promedio global, mostrándose, por ejemplo, que, en el dominio de sistema, los componentes de gobernanza, financiamiento de la salud y, datos y evidencia, se encuentran en un desarrollo intermedio y similar al promedio global, , mientras que, en el dominio de prestación de servicios, el componente de rehabilitación y AATT se encuentra por sobre el promedio global, al igual que el de establecimientos de salud, sin embargo, ambos están en un nivel intermedio de desarrollo, mientras que autonomía y conciencia, asequibilidad y recursos humanos están por bajo el promedio global. Esto queda evidenciado en la siguiente imagen, en la que se muestran dos rombos, en los cuales la línea azul representa el resultado promedio para Chile, mientras que la línea gris corresponde al promedio global (correspondiente a otros países que han implementado la evaluación) (imagen 2).

Imagen 2: Resultados de la evaluación del sistema de salud de Chile, respecto a su avance hacia una salud inclusiva para personas con discapacidad.



Fuente: Reporte proyecto de investigación salud inclusiva para personas con discapacidad en Chile, Elaboración Propia, MINSAL (36).

Por último, en base al análisis del nivel de impacto y factibilidad, las tres prioridades de acción para avanzar hacia un sistema de salud más inclusivo de personas con discapacidad en Chile, que derivaron del proceso de evaluación, fueron:

1. Formular una Política Nacional de Salud Inclusiva para Personas con Discapacidad.
2. Asegurar el liderazgo de organizaciones de personas con discapacidad en el sector de salud del más alto nivel.
3. Establecer un programa de formación obligatorio sobre discapacidad para el personal sanitario.

5.6.2. Consolidación Diagnóstica

Los resultados derivados del estudio sobre salud inclusiva para personas con discapacidad en Chile, al igual que los datos entregados por el III Estudio Nacional de la Discapacidad, ambos presentados durante el 2023, los cuales vienen a mostrar el comportamiento nacional en relación a la problemática mundial que evidencia el informe sobre equidad en salud de las personas con discapacidad, elaborado por la OMS y que muestra como este grupo de población sigue experimentando muchas y diversas inequidades en materia de salud; se constituyen en un insumo fundamental para la definición de una Política de salud inclusiva para personas con discapacidad que logre abordar las diversas barreras que enfrentan, mediante la definición de líneas estratégicas que las impacten.

No obstante, estos resultados dan cuenta de aspectos generales con relación a la inclusión de las personas con discapacidad en el sistema de salud chileno, su identificación como una de las principales barreras, los avances en componentes específicos y brechas en relación con otros elementos que, si bien son relevantes, requieren el contraste y bajada a nivel territorial, conscientes de la importancia de considerar la diversidad y complejidad de cada región del país.

Igualmente, los resultados obtenidos a partir del estudio de acceso a salud de personas que realizan labores de cuidado indica que no solo las PcD ven una disminución de su estado de salud, sino que también las personas de su contexto inmediato como son las/los cuidadoras/cuidadores, evidenciando además que los determinantes sociales igualmente dificultan o facilitan el acceso y atención oportuna en salud y deben ser incorporados en la ecuación para la búsqueda de mejoras.

De esta forma, se desarrolla una metodología que cumple con este propósito a través de la participación de actores a nivel intra e intersectorial y de la voz de las mismas personas con discapacidad que permiten la generación de una estrategia nacional con pertinencia territorial.

Proceso Participativo

Como metodología para la elaboración de la Política Nacional de Salud Inclusiva para Personas con Discapacidad, durante el año 2024 se implementó una estrategia de diálogos participativos, orientada a identificar desde una perspectiva territorial las principales problemáticas relacionadas con el acceso a la salud de las personas con discapacidad, así como las posibles soluciones a estas. Esto para fortalecer el levantamiento diagnóstico sobre el acceso a una salud inclusiva para PcD en Chile, identificando desde una perspectiva territorial las principales problemáticas y posibles soluciones, como base para la formulación de la Política Nacional de Salud Inclusiva para Personas con Discapacidad.

Se realizaron seis diálogos participativos en diferentes regiones del país, representando las seis macrozonas existentes. Estas fueron seleccionadas considerando la prevalencia de discapacidad, características geográficas diversas (zonas rurales, urbanas, insulares, dispersión) y las dinámicas asociativas en torno a la discapacidad. Durante estos encuentros, se llevó a cabo un análisis territorial para identificar barreras y oportunidades, así como reconocer buenas prácticas y áreas de mejora. A partir de este análisis, se definieron acciones y líneas estratégicas a incorporar en la política de salud inclusiva para PcD.

El proceso se basó en el derecho fundamental a la participación de las personas con discapacidad, como establece la Ley N° 20.422 (9), que promueve su involucramiento activo en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas públicas. Además, los diálogos siguieron la metodología de “the missing billion”, utilizada en el estudio sobre “Salud Inclusiva en Chile”, para asegurar la comparabilidad y complementariedad de los resultados.

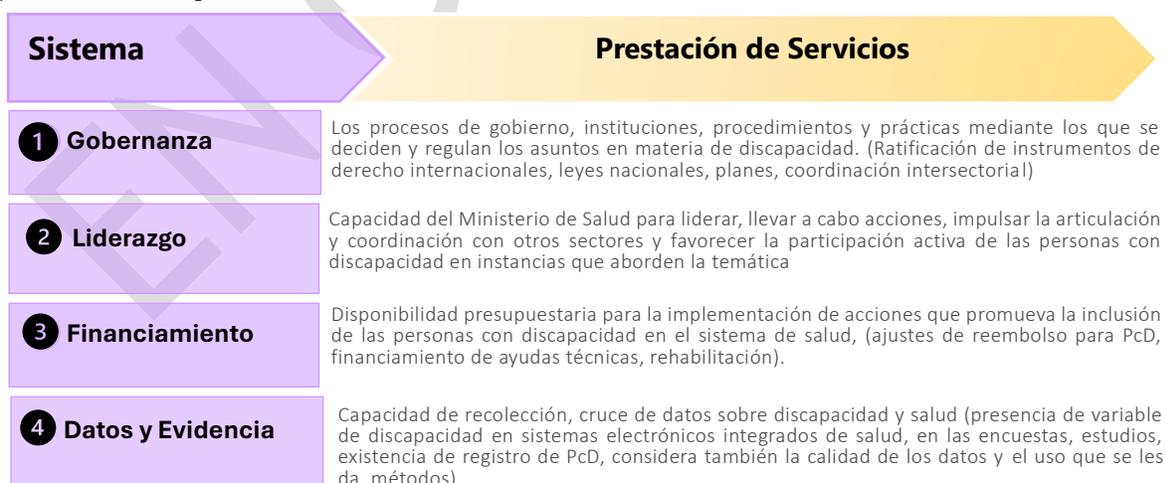
El análisis realizado en los diálogos permitió identificar nudos críticos en la salud inclusiva, proponer soluciones y orientar las acciones estratégicas a ser implementadas dentro de la política pública, con el objetivo de mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención en salud para las personas con discapacidad en todo el país

Imagen 3. Marco conceptual Sistema de Salud Inclusivo – traducción de la versión original.



Fuente: Missing Billion Toolkit – System Level Assessment (37).

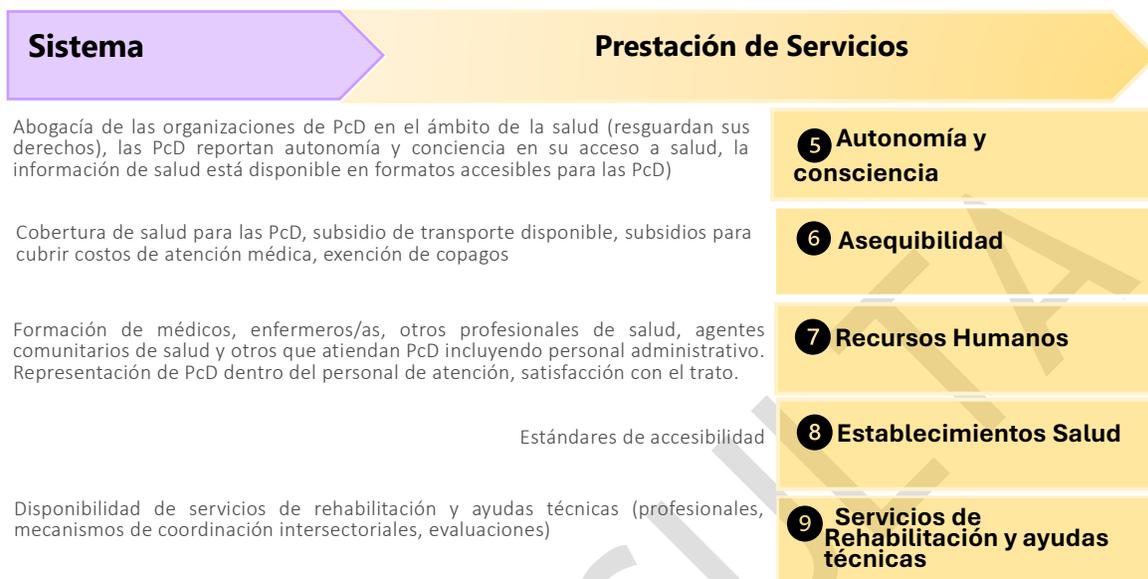
Imagen 4. Definición (adaptada) de los componentes del dominio Sistema, construida para orientar el proceso de diálogo.



Fuente: Missing Billion Toolkit – System Level Assessment (37).

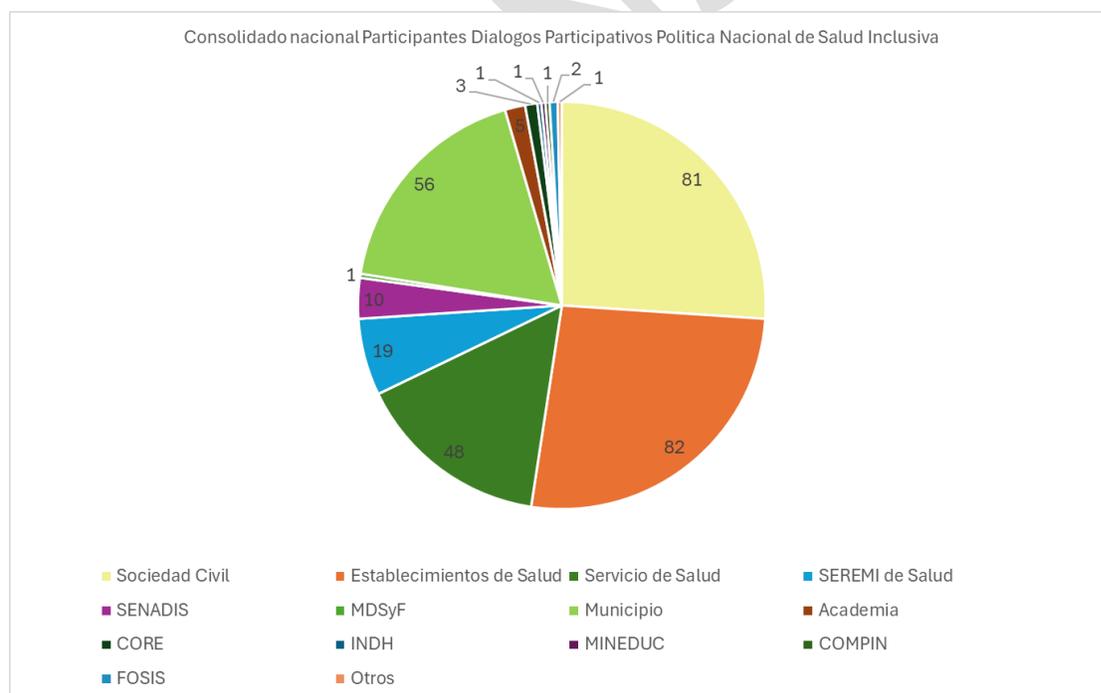
Imagen 4. Definición (adaptada) de los componentes del dominio Prestación de Servicios, construida para orientar el proceso de diálogo.

5.7.



Fuente: Missing Billion Toolkit – System Level Assessment (37).

Gráfico 9: Participantes Diálogos participativos de la Política Nacional de Salud Inclusiva



Fuente: MINSAL 2024, Elaboración propia.

Al analizar la participación en los diálogos participativos por tipo de actores, se observa una predominancia de personas con discapacidad y funcionarios de centros de salud, seguidos por representantes de municipios, funcionarios de los Servicios de Salud de cada región, y las SEREMI de

Salud, además de otros actores intersectoriales. En total, se contó con 311 participantes en las diferentes instancias de participación, destacando especialmente la contribución de la sociedad civil a través de diversas agrupaciones de y para personas con discapacidad, quienes compartieron sus perspectivas como expertos basados en su experiencia cotidiana.

5.7 Definición de Propuesta de solución

A continuación, se exponen las principales propuestas generadas como respuesta a las barreras identificadas a partir de los procesos participativos llevados a cabo en las distintas macrozonas del país (el detalle de estas barreras se encuentra en anexo N°1 de este documento). Para ordenar las propuestas señaladas, se utiliza la lógica de dimensiones bajo la metodología de “The Missing Billion” para continuar con la misma lógica del levantamiento y análisis de la información.

Continuando con la sistematización de los procesos participativos y, como parte de la metodología para el desarrollo de la Política Nacional de Salud Inclusiva para personas con discapacidad, se exponen las propuestas extraídas a partir de estos.

Estas propuestas son utilizadas como la línea base para la definición de líneas de acción de la Política Nacional, de acuerdo con criterios de priorización que se exponen en el apartado siguiente de este documento. Además, estas se complementan con prioridades de la autoridad sanitaria con relación a la mejora de la cobertura de salud para las PcD.

Como parte de la metodología de los diálogos participativos, se generó la retroalimentación de estos a través de informes que fueron difundidos a través de la página web del Departamento de Rehabilitación y Discapacidad de DIPRECE^{3 4}.

6. DEFINICIÓN DE LINEAS ESTRATEGICAS DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

A partir de los distintos antecedentes recopilados a través de la evidencia entregada por la literatura; sumado a los distintos estudios realizados por parte del Ministerio de Salud respecto al acceso a salud e Personas con Discapacidad así como de las personas que realizan tareas de cuidado; y al levantamiento obtenido a través de los diálogos participativos llevados a cabo en el territorio, se definen a continuación las distintas líneas y acciones necesarias para avanzar hacia un Sistema de Salud Inclusivo para la población con discapacidad.

Como parte del proceso de diseño para la implementación de la política, se establecen distintos niveles de responsabilidad para las acciones a ejecutar. Estos niveles pueden corresponder a la esfera central

³ rehabilitación.minsal.cl

⁴ <https://diprece.minsal.cl/>

(Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales), regional (Servicios de Salud, SEREMI de Salud, otras SEREMI o instituciones vinculadas), local (a nivel provincial o comunal, a través de los Servicios de Salud, SEREMI, Municipios, entre otros) o intersectorial (transporte, vialidad, desarrollo social, etc.). Cabe destacar que podrían existir responsabilidades compartidas entre los diversos niveles del sistema de salud, así como entre las diferentes instituciones involucradas. Finalmente, se espera que propuestas sirvan como base para la definición y desarrollo de iniciativas nacionales y/o locales que puedan ser implementadas a lo largo del país según las necesidades y características específicas de cada contexto.

La definición de las líneas de acción se lleva a cabo a partir de las dimensiones propuestas por la metodología de “The Missing Billion” y de los resultados obtenidos a través de los diálogos ciudadanos y prioridades de la autoridad, asociados a las acciones a realizar en cada una de ellas.

Tabla 2: Definición de líneas de trabajo y acciones vinculadas

Propuestas	
Líneas	Acciones
Gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la coordinación intersectorial entre salud, otros sectores y PcD para disminuir barreras de acceso a los servicios de salud. Contribuir a la implementación de las acciones comprometidas en el plan nacional de accesibilidad universal PNAU (2022-2032). Contribuir a la descentralización de las políticas y focalización del financiamiento para acciones dirigidas a las PcD, considerando la pertinencia territorial. Fortalecer la sensibilización y formación respecto a discapacidad incluyendo a tomadores de decisiones y líderes políticos en temas de discapacidad. Implementar la variable de discapacidad de manera transversal obligatoria en la formulación de las políticas públicas.
Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> Implementar los marcos normativos con la participación activa de las PcD en el sistema de salud en el nivel central y local. Generar políticas y acciones de salud con la participación de las PcD, personas cuidadoras y familiares, mediante diferentes estrategias de participación. Fortalecer el liderazgo en discapacidad a nivel local, incorporando la perspectiva territorial para que las políticas sean pertinentes a nivel local y adecuadas a la realidad regional. Establecer un plan de trabajo intersectorial que sea coherente con las políticas de Estado con la participación de actores locales. Generar espacios de participación para la Sociedad Civil para que las PcD puedan influir en la toma de decisiones de políticas de salud relacionadas con ellos, a través de diferentes estrategias de participación. Fortalecer los vínculos entre los centros de salud y OOSS que lideren temas de discapacidad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar abogacía para la incorporación de la temática de discapacidad en mallas curriculares de profesionales y técnicos de salud.
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar la focalización del financiamiento para contar con personal de apoyo en los establecimientos de salud que facilite la atención para las PcD. • Propiciar la coordinación para contar con espacios de acogida para las PcD, sus cuidadores considerando la dispersión geográfica en las distintas regiones del país.
Datos y evidencia	<ul style="list-style-type: none"> • Promover un sistema de registro clínico universal para PcD que permita conectividad entre todos los niveles de atención en salud. • Propiciar la incorporación de la variable de discapacidad en los sistemas informáticos de salud: Esto para garantizar una atención adecuada y pertinente en todos los niveles de atención. • Contar con catastros de identificación y caracterización de la población con discapacidad a nivel nacional, regional y local que permita la georreferenciación de las PcD para orientar de mejor manera el trabajo intersectorial y planificación de las políticas, resguardando la privacidad de los datos de acuerdo con la norma vigente. • Promover la interoperabilidad de los sistemas de información intersectorial para facilitar el cruce de datos a nivel de la gestión regional y local para optimizar la atención en salud y la planificación de acciones en distintos ámbitos. • Fomentar la colaboración con la academia: Para la generación de estudios cuantitativos y cualitativos sobre salud y discapacidad, para contar con evidencia que oriente la generación de la política e implementación de acciones en discapacidad. • Promover la revisión de experiencias internacionales y nacionales para la recolección de datos sobre discapacidad, para evaluar su implementación a nivel local. • Promover la incorporación del enfoque de derechos basado en CIF en formulación y aplicación de encuestas poblacionales. • Difundir ampliamente los resultados de estudios, promoviendo la toma de decisiones en base a datos y evidencias en los distintos niveles de responsabilidad. • Promover la difusión de datos e información en formatos accesibles para la población con discapacidad. • Implementar sistemas de monitoreo y evaluación que permitan identificar barreras persistentes y realizar ajustes continuos en la Política, a fin de mantener la relevancia y efectividad de las acciones inclusivas en salud.
Autonomía y conciencia	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que la información en salud esté disponible en formatos accesibles (braille, pictogramas, interpretación de lengua de señas, uso tecnologías, entre otros) esto incluyendo a

	<p>la difusión efectiva de normativas, leyes y beneficios sobre discapacidad. Involucrar a las agrupaciones de y para PcD en la difusión de beneficios sociales y sensibilización de los centros asistenciales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la alfabetización digital de las PcD, para facilitar el acceso a servicios de salud. • Fomentar el respeto a la autonomía respecto a la entrega de información y la toma de decisiones en salud, de acuerdo a la normativa vigente. • Fortalecer la participación de las PcD en instancias de participación locales e interregionales. • Impulsar programas de fortalecimiento y formación de líderes con Discapacidad: Esto con la finalidad de validar a los “expertos por experiencia” para que lideren acciones y generen empoderamiento en sus comunidades, evitando una cultura asistencialista. • Promover la educación en temas de discapacidad e inclusión desde edad temprana: Promoviendo de esta manera la autonomía e independencia a lo largo del curso de vida y educando a sus familias y entorno sobre sus derechos y necesidades, además de fomentar una cultura inclusiva y la sensibilización de la sociedad sobre los derechos de las PcD. • Fortalecer las organizaciones de la Sociedad Civil que abogan por los derechos de las PcD mediante el apoyo técnico por parte de organismos del Estado. • Impulsar acciones de educación en salud sexual y reproductiva, asegurando el acceso a la información y recursos al igual que el resto de la población. • Impulsar acciones de educación en salud pertinente hacia las PcD, asegurando el acceso a la información y recursos al igual que el resto de la población.
<p>Asequibilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar la coordinación sectorial e intersectorial para el traslado de PcD y sus cuidadores para asegurar el acceso a los servicios de salud. • Promover la mejora en el acceso en salud para las PcD, esto incluye servicios de odontología y otras áreas de atención especializada que puedan tener costos elevados. • Promover la creación de equipos itinerantes, para que brinden servicios de salud en áreas geográficamente dispersas, asegurando el acceso a prestaciones de salud adecuadas para personas que viven en zonas rurales o alejadas.
<p>Recursos humanos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar instancias de formación continua a funcionarios de salud con relación a la atención pertinente de las PcD, de acuerdo con la normativa vigente, sumado a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la Salud (CIF).

	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar instancias de formación continua a funcionarios de salud en lengua de señas y herramientas de comunicación inclusivas. • Fortalecer las competencias de liderazgo en los equipos de salud, para la gestión de políticas y programas que atiendan a PcD de manera adecuada y eficiente. • Fomentar el aumento en la oferta en la formación de capital humano, orientadas a la atención de PcD.
<p>Establecimientos de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar a las PcD dentro de los bloques de extensión horaria en los establecimientos de salud considerado como ajuste razonable en temas de accesibilidad. • Fomentar la mejora en la infraestructura de los establecimientos de salud de acuerdo con la normativa de accesibilidad, en especial en zonas rurales, esto bajo el principio de accesibilidad universal, incluyendo estacionamientos, adecuación de espacios, señaléticas inclusivas (mediante pictogramas, Braille, etc.) y mantenimiento continuo de los mismos. • Contar con protocolos de accesibilidad para la atención de PcD (física, sensorial y cognitiva) que garanticen ajustes razonables en todos los establecimientos de salud (incorporando temáticas como el uso de interprete de lengua de señas, salas de calma, atención prioritaria, entre otros). • Fortalecer el uso de tecnologías accesibles: Como telesalud, sistemas de agendamiento telemático, línea 800 y mecanismos de toma de hora inclusivos. • Contar con sistemas visuales para el llamado en la atención de salud: Esto a través de señales lumínicas o pantallas, en especial para personas con discapacidad auditiva. • Asegurar que las oficinas de información y atención usuaria cuenten con personal capacitado en discapacidad, en especial en lengua de señas o uso de sistemas de comunicación virtual para la mejora en la atención a PcD. • Fomentar la incorporación de facilitadores comunitarios dentro de los centros de salud para orientar y apoyar a las PcD en su atención de salud o trámites administrativos. Lo anterior además para facilitar la comunicación y que garanticen un trato inclusivo y respetuoso.
<p>Servicios de Rehabilitación y ayudas técnicas (AATT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar la cobertura de los servicios de Rehabilitación: En especial para niños, niñas y adolescentes, en todas las comunas. Incorporando rehabilitación física, mental, cognitiva, sensorial y que asegure una cobertura durante todo el curso de vida, además de la continuidad de la atención y una mejor coordinación intersectorial que dé cobertura a las necesidades de las PcD. • Crear mayor cantidad de servicios de rehabilitación, aumentando la cobertura a todas las comunas, asegurando de

	<p>esta manera una distribución territorial equitativa de servicios de rehabilitación a nivel comunitario.</p> <ul style="list-style-type: none">• Fortalecer los servicios de atención en salud y rehabilitación en modalidad domiciliaria en respuesta a aquellas personas que no pueden trasladarse a los centros de salud.• Aumentar los recursos para la compra de AATT: Sumado al aumento presupuestario para asegurar la provisión, garantizando su entrega oportuna, de calidad y adecuada a las necesidades de cada persona y entorno en que se desenvuelve. Además de contar con un financiamiento estable, que no discrimine por edad y condición de salud evitando procesos complejos de postulación.• Promover la creación de un banco de ayudas técnicas a nivel local, considerando la reutilización para la mejora en el acceso a estas, asegurando un proceso de rehabilitación y seguimiento.
--	---

Fuente: Elaborado a partir de informes regionales de diálogos sociales para PcD, MINSAL, elaboración propia.

7. IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD INCLUSIVA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Considerando el estado actual del país en cuanto a la inclusión de personas con discapacidad en el sistema sanitario (con un avance del 49%), se destacan los logros en cuanto a accesibilidad física y rehabilitación y ayudas técnicas en el dominio de prestación de servicios. Sin embargo, las principales barreras persisten en áreas como el liderazgo en el dominio de sistema, la autonomía y conciencia, asequibilidad en salud y recursos humanos en el dominio de prestación de servicios.

En este contexto, esta política tiene como objetivo mejorar los indicadores de accesibilidad al sistema de salud en sus diversas dimensiones, basándose en un enfoque de derechos humanos y en los determinantes sociales de la salud, con el fin de otorgar una atención oportuna y de calidad a las personas con discapacidad.

Para implementar las propuestas contenidas en esta política, es esencial realizar una amplia difusión y ejecución a nivel nacional. Esto requiere la colaboración activa del sector salud en todas sus áreas y en los distintos niveles (central, regional, local), así como la implementación de acciones intersectoriales que faciliten la superación de las barreras que enfrentan las PcD al acceder a los servicios de salud. En este sentido, cada nivel de responsabilidad deberá ajustarse a las competencias y el ámbito de acción de las instituciones correspondientes.

Para asegurar la efectividad de las acciones, se recomienda llevar a cabo un trabajo conjunto con las organizaciones sociales de y para personas con discapacidad, con la comunidad organizada, y los usuarios de los servicios salud, entre otros. Esto permitirá dar pertinencia local a las acciones, considerando sistemas de priorización, planificación y evaluación.

Finalmente, será necesario monitorear de manera continua las acciones derivadas de esta política y evaluar su impacto en la atención a las PcD. En este marco, se prevé actualizar este documento dentro de un plazo no mayor a cinco años desde su publicación y entrada en vigor, manteniendo la metodología propuesta para garantizar la comparabilidad de los resultados.

EN CONSULTA

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1: Consolidado nacional de barreras en salud para Personas con Discapacidad

Barreras	
Dimensión	Hallazgos
Gobernanza	<ul style="list-style-type: none">• Insuficientes políticas públicas inclusivas: en particular se destaca la falta de una política nacional de discapacidad; asimismo se manifiesta que el desarrollo de esta no se lleva a cabo de manera centralizada y sin dar suficiente consideración a los aspectos como la ruralidad. Igualmente destaca el que no se consideran todos los tipos de discapacidad y la necesidad de incorporar la mirada de curso de vida.• Ineficacia de normativas: Se indica que, a pesar de la existencia de un marco normativo amplio, existen obstáculos para su implementación, como el insuficiente financiamiento y voluntad política, lo que produce una baja eficacia de la legislación.• Coordinación interinstitucional deficiente: Se observa insuficiente comunicación y vinculación interministerial, sumado a la falta de coordinación entre los distintos niveles de complejidad de atención en salud (primario, secundario y terciario) así como el trabajo intersectorial y baja fiscalización de las normativas.• Dificultades en el transporte: Se indica que el transporte público a nivel nacional no es accesible y asequible, sumado al mal estado de calles y barreras geográficas, lo que dificulta la autonomía de las PcD.• Falta de oferta de Servicios de Salud: Existe una baja oferta de salud mental y programas que se ajusten a las necesidades de las PcD, dificultando una atención integral.• Tramites complejos y burocráticos: Se indican dificultades burocráticas que limitan el acceso a la atención.• Baja conciencia y capacitación en inclusión: Poca sensibilización de parte de autoridades respecto a discapacidad, además de una falta de educación inclusiva y difusión de normativas relacionadas.• Dificultades en la implementación de cuerpos legales: Se percibe que, si bien existen leyes que abarcan la temática de discapacidad, las mismas no se cumplen, existiendo además una falta de difusión de estas. Particularmente en salud, se destaca la falta de protocolos de implementación de la normativa como es el caso de la ley de atención preferente.

<p>Liderazgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coordinación intersectorial: Existencia de una red intersectorial insuficiente; dificultad en la gestión de casos sociosanitarios de PcD. • Centralización y desconocimiento de contextos: Se considera que la gestión en discapacidad se encuentra centralizada, lo que ignora particularidades territoriales y locales, esto se traduce en políticas y normas sin pertinencia. • Limitada participación de PcD: Falta de instancias de participación validadas para PcD. • Escasa sensibilización de la sociedad en temáticas de discapacidad e inclusión. • Vulneración de derechos y normativas: Se considera que los derechos de las PcD se ven vulnerados en el proceso de atención. • Escasez de estrategias y recursos: Falta de suficientes estrategias extramuro; poca relación con otras instituciones como educación que pudieran aportar datos y recursos para mejorar la situación de las PcD. • Dependencia de voluntades: La articulación y el trabajo intersectorial muchas veces esta mediada por la voluntad de los profesionales, lo que limita la efectividad de las acciones.
<p>Financiamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de recursos financieros: Se identifica una falta de recursos para atención primaria, la cual se considera la puerta de entrada al sistema de salud. • Inversión insuficiente en infraestructura: Se requiere inversión en establecimientos de salud para la mejora de espacios físicos y en la adquisición de recursos móviles para atención domiciliaria. • Falta de adecuación presupuestaria: La lógica de financiamiento en salud no se adapta a las necesidades específicas de las PcD, dificultando la implementación de estrategias como la Rehabilitación basada en la comunidad (RBC). • Falta de financiamiento para recursos humanos: Se visualiza la necesidad de aumentar la contratación de personal de salud en función de la demanda.
<p>Datos y evidencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de datos y cruce de estos: Existe una brecha en cuanto a registros y datos sobre la población con discapacidad que permitan una planificación y diseño de intervenciones adecuados. Sumado a esto, existe una necesidad de cruzar información entre distintos niveles de atención y entre sectores (Salud, Educación, MDSyF, entre otros); particularmente se destaca la falta de integración con el Servicio de Registro Civil e identificación. • Falta de geolocalización: Falta de mapeos y/o geolocalización de las PcD a nivel local; necesidad de contar con datos comunales que guíen la gestión y formulación de planes de acción a nivel territorial.

	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades en el acceso a la información clínica: Acceso limitado a fichas clínicas, información escasa especialmente en comunas rurales.
Autonomía y conciencia	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad limitada a la información: La información en salud no se encuentra disponible en formatos accesibles en consideración de todos los orígenes de discapacidad (visual, auditiva, cognitiva), lo que limita la autonomía y conciencia de las PcD. Esto genera una alta desinformación respecto a derechos y beneficios. • Baja difusión y educación respecto a normativas: Falta de una adecuada socialización las normativas no son comprendidas por las PcD, lo que dificulta su participación activa en el proceso de toma de decisiones y el acceso a servicios. • Falta de representatividad y empoderamiento: Existe un alto nivel de frustración por parte de las PcD al no ser incluidas en los procesos de gestión de las políticas públicas. Sumado a esto, la falta de recursos e incentivos (como subsidios de transporte) igualmente afecta la participación, en cuanto supone un esfuerzo significativo. • Vulneración de derechos: Se perciben vulneraciones de derechos debido a prejuicios y a la falta de reconocimiento de su autonomía. Por ejemplo, personas con discapacidad auditiva deben ser acompañadas por terceros, lo cual vulnera su confidencialidad y autonomía, especialmente en servicios de salud mental.
Asequibilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de subsidios y cobertura: No existen subsidios específicos para la atención odontológica y otros servicios esenciales para PcD, lo que limita su acceso a una atención en salud adecuada. • Costros de transporte y acceso a servicios: La ausencia de subsidios de transporte para PcD y sus familiares y/o cuidadores dificulta la participación en instancias de salud y asistencia a citas, en especial en aquellos que viven en sectores rurales. • Bajo financiamiento para cuidados y asistencia: Con relación al estipendio para cuidadores, este se considera insuficiente, lo que limita el acceso a prestaciones de salud necesarias para las PcD, además se indica que se enfrentan a dificultades económicas para cubrir costos de transporte y otras prestaciones no cubiertas como son los medicamentos.
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de capacitación y formación: Existe una formación insuficiente de los profesionales de salud en temas de discapacidad, incluyendo una atención desde un enfoque de derechos, que considere un lenguaje inclusivo y competencias en trato pertinente. Existe la necesidad de una capacitación continua y formación de pregrado respecto a la adecuada atención hacia PcD. • Actitudes y prejuicios: Se observan barreras actitudinales y prejuicios entre el personal de salud, lo que incluye

	<p>discriminación y en ciertos casos deshumanización del trato hacia las PcD. Esto se traduce en falta de empatía y un uso incorrecto del lenguaje, lo que impacta negativamente en la calidad de la atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasez de especialistas y recursos humanos: Existe una brecha de especialistas, en especial en zonas rurales lo que limita el acceso a servicios necesarios para PcD. Se suma la rotación del personal, lo que también afecta la continuidad y calidad de la atención. • Desconocimiento de normativas y legislación: Los profesionales en muchas ocasiones desconocen las normativas y leyes relacionadas con discapacidad, lo que obstaculiza la implementación de una atención adecuada y conforme a los derechos de las PcD. • Limitaciones en la atención: Al existir una falta de competencias y recursos para la atención adecuada de las PcD, esta ocurre en tiempos insuficientes y sin un enfoque basado en las necesidades particulares de cada persona.
<p>Establecimientos de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad física y arquitectónica: Muchos establecimientos de salud carecen de infraestructura adecuada y accesible, lo que incluye barreras arquitectónicas, baños inaccesibles y falta de mobiliario adaptado. • Falta de ajustes razonables: Existe una brecha en cuanto a ajustes razonables para la atención inclusiva, esto se evidencia en la falta de intérpretes de lengua de señas, sistemas de comunicación, mobiliario adecuado en la atención de diferentes especialidades, entre otros. Se destacan particularmente servicios como salud mental o matronería. • Sistemas de llamado y citación: No se cuenta con un sistema que considere las necesidades de las PcD para la asignación de horas, además de que durante la atención presencial se considera el llamado por vía auditiva, lo que genera dificultades en especial en personas con pérdida auditiva, lo que a la vez afecta su acceso a las prestaciones de salud.
<p>Servicios de Rehabilitación y Ayudas Técnicas (AATT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de acceso a rehabilitación: Existe una oferta insuficiente de rehabilitación, en especial en la población de niños, niñas y adolescentes; además no existen servicios de rehabilitación en todas las comunas, lo que limita el acceso a una atención adecuada, tampoco existe una oferta de rehabilitación que abarque las necesidades de las distintas personas. • Déficit en recursos humanos de Rehabilitación: Falta de personal capacitado en temáticas de rehabilitación, como ortesistas, protesistas y otros especialistas, afectando la calidad y disponibilidad de los servicios. • Presupuesto destinado a Recursos humanos y provisión de AATT es insuficiente.

	<ul style="list-style-type: none">• Demoras en la entrega de AATT: Existen retrasos en la entrega de AATT, en especial en territorios extremos, lo anterior sumado a la burocracia de los procesos de solicitud generan una brecha en el acceso oportuno a estos recursos.• Baja oferta y acceso a AATT: La variedad y disponibilidad de AATT son limitados, sumado a que no todas las comunas cuentan con CCR. Esto se ve agravado por las barreras socioeconómicas que impiden el acceso a AATT.• Necesidad de equipos multidisciplinares: Los equipos de rehabilitación no cuentan con profesionales de distintas disciplinas como psicólogos o trabajadores sociales, lo que limita el enfoque integral de la atención.• Desigualdad en el acceso: Existe una discriminación por grupo etario en el acceso a servicios de rehabilitación y AATT, lo que agrava las inequidades en la atención.
--	---

Fuente: Elaborado a partir de informes regionales de diálogos sociales para PcD, MINSAL, elaboración propia.

EN CONSULTA

9. REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global report on health equity for persons with disabilities [Internet]. 2022 [citado 5 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364834/9789240063600-eng.pdf?sequence=1>
2. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022, presentación de resultados [Internet]. 2023 [citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/Presentacion_Resultados_ENDIDE_2022_Poblacion_NNA_version_mayo_2023.pdf
3. World Health Organization Regional Office for Europe. Policy brief on disability-inclusive health systems [Internet]. 2021 [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350143/WHO-EURO-2021-4367-44130-62275-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Naciones Unidas |. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconvs.pdf>
5. Naciones Unidas |. Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales [Internet]. 1966. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
6. Naciones Unidas. Observación general N° 14 CUESTIONES SUSTANTIVAS QUE SE PLANTEAN EN LA APLICACIÓN DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES [Internet]. 2000 [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/TBSearch.aspx?Lang=en&SymbolNo=E/C.12/2000/4
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud. Serie derechos humanos y salud, Libro 3 Personas con Discapacidad, un enfoque basado en derechos humanos. 2021 [citado 24 de enero de 2024]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55201>
8. Gamez MJ. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. Desarrollo Sostenible. [citado 25 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
9. Ministerio de Planificación. Ley N°20.422 Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad [Internet]. 20.422 feb 3, 2010. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idLey=20422>
10. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Ley N°21.303 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, para promover el uso de la lengua de señas [Internet]. 21.303 ene 22, 2021. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1154963>

11. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Ley N°21.403 [Internet]. 21.403 ene 3, 2022. Disponible en:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1170743&idParte=10298037&idVersion=2022-01-03>
12. Ministerio de Salud. Ley N°20584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud [Internet]. 20584 abr 24, 2012. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
13. Ministerio de Salud. Ley N°21.168 Modifica la Ley N°20.584, a fin de crear el derecho a la atención preferente [Internet]. 21.168 jul 22, 2019. Disponible en:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1134300&tipoVersion=0>
14. Ministerio de Salud. Decreto 2, aprueba reglamento que regula el derecho a la atención preferente dispuesto en la ley 20.584 [Internet]. Decreto 2 jul 22, 2020. Disponible en:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1147695>
15. Ministerio de Salud. Ley N°21380 Reconoce a los cuidadores o cuidadoras el derecho a la atención preferente en el ambito de la salud [Internet]. Disponible en:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166847>
16. Ministerio de Salud. Decreto 50 Modifica Decreto Supremo N°2, de 2020 del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento que regula el derecho a la atención preferente dispuesto en la Ley N!°20.584 [Internet]. Decreto 50. Disponible en:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1184034&idParte=&idVersion=2022-11-09>
17. MInisterio de Salud. Ley N°21.331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental [Internet]. 21.331 may 11, 2021. Disponible en:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>
18. Ministerio de Salud. Ley 21.545 Establece la promoción de la inclusión, salud integral y la protección de los derechos de las personas con trastorno del espectro autista en el ambito social, de salud y educación [Internet]. 2023 [citado 10 de julio de 2023]. Disponible en:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1190123>
19. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España; 2001.
20. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución - Revista Medicina Clínica. 07-2002. julio de 2002;119(5):175-9.
21. OHCHR [Internet]. [citado 24 de octubre de 2024]. ¿Qué son los derechos humanos? Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/what-are-human-rights>
22. GNUDS | Enfoque basado en los Derechos Humanos [Internet]. [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>, <https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>

23. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Subsecretaría de Derechos Humanos. Guía para la incorporación del enfoque de derechos humanos en políticas públicas [Internet]. 2017 [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.minrel.gob.cl/minrel_old/site/artic/20171114/asocfile/20171110145451/Guia_para_la_incorporacion_del_enfoque_de_derechos_humanos_en_politicas_publicas.pdf
24. world health organization. Operational framework for monitoring social determinants of health equity.
25. Curso de vida saludable - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable>
26. Ministerio de Salud Argentina. El enfoque por curso de vida, repensar las intervenciones en salud [Internet]. 2023 [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-04/el-enfoque-por-curso-de-vida-abril-2023.pdf>
27. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes [Internet]. [citado 17 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Programa-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-Jovenes-MINSAL-2023.pdf>
28. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1 [Internet]. 2006 [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf
29. Informe Mundial Sobre la Equidad Sanitaria para Las Personas con Discapacidad: Resumen. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 p.
30. Discapacidad - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
31. Departamento de Evaluación y Estudios del Servicio Nacional de la Discapacidad - SENADIS, Ministerio de Desarrollo Social y Familia. III Estudio Nacional de la Discapacidad 2022 [Internet]. 2023 [citado 5 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/7442/documento>
32. ¿Qué es la interseccionalidad? [Internet]. ¿Y si hablamos de igualdad? 2022 [citado 28 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/que-es-interseccionalidad/>
33. Subsecretaría de Salud Pública. Orientaciones técnicas para el control de salud integral de adolescentes [Internet]. 2021 [citado 17 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/OT-Control-Adolescente-v3.pdf>
34. Equidad en Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado 28 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>

35. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad, DIPRECE, MINSAL. Estudio diagnóstico sobre acceso a atención en salud de cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad y dependencia. 2022.
36. Ministerio de Salud, London School of Hygiene & Tropical Medicine. Reporte proyecto de investigación Salud Inclusiva para Personas con Discapacidad en Chile. Ministerio de Salud; 2023.
37. The Missing Billion Initiative. Missing Billion Toolkit - System Level Assessment [Internet]. 2024. Disponible en:
https://static1.squarespace.com/static/5d79d3afbc2a705c96c5d2e5/t/65d391aed2a6c70038a8bb30/1708364212454/2024_02_+SLA+2.0+IDD+module_v9.pdf

EN CONSULTA