

Hospitalización psiquiátrica involuntaria y los estándares de la CDPD: revisión de la Ley N.º 21.331, sobre salud mental en Chile

Involuntary psychiatric hospitalization and the standard of the CRPD: revision of Law N.º 21.331 about mental health care in Chile

Pablo CAMPOS SEPÚLVEDA¹

Resumen: Uno de los mecanismos para la privación de la libertad es la hospitalización psiquiátrica involuntaria. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) ha insistido en la prohibición de las internaciones involuntarias por motivo de discapacidad o deficiencia. Chile regula esta materia en la Ley N.º 21.331 sobre salud mental. El presente artículo tiene por objeto confrontar los estándares internacionales procedentes de la CDPD y la Ley N.º 21.331 de salud mental, para concluir que, si bien la normativa se acerca sustancialmente a la CDPD, no logra incorporar todos los estándares e incumple las obligaciones internacionales contraídas.

Palabras claves: Discapacidad, derechos humanos, hospitalización involuntaria, Ley N.º 21.331, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Abstract: One of the mechanisms for the deprivation of liberty is the involuntary psychiatric hospitalization, The Convention of the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), has insisted on the prohibition of involuntary admissions due to disability or deficiency, real or perceived. Chile regulates these issues in the Law N.º 21.331 about mental health care. The purpose of this article is to confront the international human rights standards from the CRPD and the Law N.º 21.331 on mental health, to conclude that, although the regulations are substantially close to the CRPD, it fails to incorporate all the standards and fails to comply with the international obligations contracted.

¹ Abogado, licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales y magíster en Derechos Humanos y Ciudadanía por la Universidad Central de Chile. Profesor regular de la Facultad de Derecho de la Universidad Andrés Bello (UNAB). Correo electrónico: pablo.campos@unab.cl

Keywords: Disability, human rights, involuntary hospitalization, Law N.º 21.331, Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

1. Introducción

La presente investigación tiene como objeto determinar el nivel de cumplimiento de los estándares internacionales de derechos humanos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD o la Convención) respecto de la hospitalización involuntaria de personas con discapacidad (en adelante, PcD), en el ordenamiento jurídico de Chile a partir de la reciente Ley N.º 21.331, publicada en mayo de 2021, sobre el Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental (en adelante, Ley de salud mental). En específico, se pretende: a) identificar los estándares internacionales de derechos humanos a partir de la CDPD y del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU en cuanto a la hospitalización involuntaria, libertad personal, seguridad individual y capacidad jurídica de PcD; b) analizar los aspectos esenciales que regulan en Chile la hospitalización psiquiátrica involuntaria de personas con discapacidad psicosocial, a partir de la Ley N.º 21.331; y c) contrastar el derecho internacional de los derechos humanos de PcD en cuanto a la hospitalización involuntaria y los estándares y principios incorporados en la Ley N.º 21.331 de salud mental en Chile.

Esta nueva legislación sobre salud mental, *a priori*, permite evidenciar un cambio contundente en la mirada y protección de las PcD psicosocial, lo que podría ser visto como el posicionamiento del modelo social o de derechos humanos² en nuestro país, el que se viene promoviendo desde el derecho internacional de los derechos humanos desde la segunda mitad del siglo XX, habida cuenta que, antes de la promulgación de la ley, existía en Chile una deficiente legislación sobre la hospitalización involuntaria, pues, como se planteaba en la tramitación parlamentaria, no existe garantía ni protección de la libertad personal, integridad física y psíquica de las PcD psicosocial, quienes están más propensas a sufrir la violación y desprotección en sus derechos fundamentales, así también actos discriminatorios, como tratamientos médicos contrarios a su voluntad o la vulneración en su seguridad individual³. En este contexto, este artículo plantea como pregunta de investigación: ¿en qué medida la Ley N.º 21.331 incorpora los estándares internacionales de la CDPD en relación con la hospitalización involuntaria?

A través de este análisis comparativo de fuentes legales nacionales e internacionales, se pretende demostrar, como hipótesis, que la hospitalización involuntaria en Chile no cumple los

2 Palacios (2008).

3 Biblioteca del Congreso Nacional (2021).

estándares de la CDPD e incluso contraviene dicha Convención, posibilitando indirectamente la privación de libertad, ante la combinación de factores como discapacidad (real o percibida), condiciones de riesgo, incapacidad o necesidad de tratamiento médico, lo que constituye una discriminación por motivo de discapacidad. Asimismo, la falta de garantías, especialmente de acceso a la justicia, en la protección, revisión y supervisión de los derechos de las PcD ante la vulneración, actual o inminente, ya sea por abuso, violencia u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes en la ejecución de una hospitalización involuntaria⁴.

Hago presente, además, que este artículo se ha dividido en cuatro fases: en la primera se desarrolla un breve marco teórico sobre la discapacidad, distinguiendo entre psicosocial e intelectual; en la segunda, se extraen los estándares en relación a la hospitalización involuntaria de PcD a partir de la CDPD junto con las observaciones generales y otras directrices declaradas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, Comité CDPD); en la tercera parte, se analiza la Ley N.º 21.331 del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, intentando contrastar los derechos que allí se reconocen para las PcD psicosocial e intelectual a la luz de los estándares de la CDPD antes declarados, realizando un análisis comparativo; finalmente, se presentan las conclusiones respecto de la legislación en estudio y los estándares sobre hospitalización involuntaria de PcD en Chile.

2. Discapacidad, PcD psicosocial y conceptualización legal en Chile

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), del año 2001, de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), propone un estándar respecto de la descripción de la salud o aspectos relacionados en cuanto a la discapacidad y, en ella, se conceptualiza a las PcD como parte de una interacción dinámica, considerando la salud de la persona y los factores contextuales (personales y ambientales) que confluyen en esta relación, la que es dificultada por barreras o falta de elementos facilitadores, por lo que la discapacidad no es un atributo de la persona sino la interacción con un contexto y un entorno determinado. Desde esta aproximación, la discapacidad se puede relacionar con “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación [...] Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una ‘condición de salud’) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”⁵. Otras perspectivas, más actuales, apuntan a la imposibilidad o negación de un concepto unificado

4 Cabe precisar, al tenor de la pregunta de investigación y los objetivos propuestos, que esta investigación no aborda los aspectos penales relacionados con la privación de libertad de PcD psicosocial, mental o intelectual.

5 Organización Mundial de la Salud (2001), p. 206.

del concepto de discapacidad y más bien apuntan a una dependencia contextual⁶, así también se plantea la necesidad de despojar al concepto de los elementos clásicos que ha acompañado, como la caridad y la salud, dejando de lado al individuo y sus infinitas posibilidades⁷.

A su vez, la primera Convención del siglo XXI, es decir, la CDPD en su artículo 1 define a las PcD e “incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”⁸. Por otra parte, la Convención, en su preámbulo, reconoce a la discapacidad como el resultado “de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”⁹. Como podemos apreciar, existe una relación conceptual entre discapacidad y deficiencia, esta última es definida por el CIF 2001 como “la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica”¹⁰ y dentro de aquellas funciones fisiológicas se reconocen las funciones mentales. Este concepto de deficiencia, armonizando la CDPD y el CIF 2001, no ha estado exento de críticas, puesto que pareciera adherir al modelo médico o rehabilitador y, por tanto, a la visión dicotómica entre las circunstancias de la persona (mirada individualista) y la “normalidad” como estandarización que se cumple o no. En este sentido lo plantea Almeida, refiriéndose a la CDPD, al indicar que “no deja de sorprender la linealidad persistente entre deficiencia y discapacidad, como si una fuera consecuencia de la otra, más pareciera de las definiciones planteadas por la OMS que por una Convención que se autodefine desde una perspectiva de derechos”¹¹.

En Chile, el SENADIS ha desarrollado una conceptualización de discapacidad, entendida como un constructo social, mas no una condición-atributo de las personas¹². La discapacidad, por tanto, se plantea como “una construcción simbólica, un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud y déficits, limitaciones en la actividad, y restricciones en la participación”¹³.

6 Timpe (2022), pp. 583-596.

7 Espinoza y Tenorio (2022), pp. 573-582.

8 CDPD (2006), artículo 1.

9 CDPD (2006), preámbulo, letra e.

10 Organización Mundial de la Salud (2001), p. 207.

11 Almeida (2019), p. 33.

12 De acuerdo con el III Estudio Nacional de la Discapacidad 2022 (ENDISC), elaborado por el Servicio Nacional de la Discapacidad (2023), en Chile el 17,6% de la población mayor de 18 años vive con una discapacidad, lo cual representa un total 2.703.893 de personas (p. 39). El 6,8% de esta población presenta dificultad mental o intelectual, el 6,4% alguna dificultad psiquiátrica y el 4,7% alguna dificultad psicosocial (p. 70). En el caso de menores entre 2 a 17 años, el 14,7% tiene una prevalencia de discapacidad, es decir, 587.709 personas (p. 45). El 14,4% de NNA presenta alguna dificultad psicosocial, el 12,2% alguna dificultad mental o intelectual y el 5,7% alguna dificultad psiquiátrica (p. 77).

13 Servicio Nacional de la Discapacidad (2016), p. 31. (El III ENDISC mantiene la definición ya citada).

Para este artículo se distingue el concepto de persona con discapacidad *psicosocial*, entendiéndose como tal una categoría específica, distinta a la discapacidad intelectual. La primera relaciona a las personas con enfermedades o trastornos mentales¹⁴ y las barreras sociales que no permiten su participación plena para con la comunidad o no le permiten ejercer libremente sus derechos, lo que generalmente se traduce en la estigmatización, exclusión, abandono y discriminación¹⁵; la segunda hace referencia al funcionamiento de la inteligencia y capacidades mentales generales¹⁶. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en concordancia con la CDPD, entiende la discapacidad psicosocial como aquella que “surge cuando alguien con una deficiencia mental a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”¹⁷. Bajo esta misma perspectiva, siguiendo a Arenas y Melo-Trujillo, los presupuestos detrás de la conceptualización de la discapacidad psicosocial se encuentran en la enfermedad mental y la carga social que se les impone, por lo que “se reconoce formalmente la discapacidad psicosocial justamente para hacer mención a las personas que como resultado de su psicopatología han sido a lo largo de los años invisibilizadas y excluidas...”¹⁸. Esta invisibilidad y exclusión, mirada desde la compleja relación entre la existencia de un diagnóstico médico y la realidad de personas que viven con o sin conocimiento de su enfermedad o trastorno mental, limita el desarrollo de las personas y las posiciona en una situación de especial vulnerabilidad¹⁹, asimismo la estigmatización como una experiencia “es una forma o dimensión de marginación”²⁰, impone la necesidad de una mayor protección en sus derechos y en la implementación de políticas públicas que no solo apunten a la internación en hospitales o en recintos psiquiátricos como alternativa de tratamiento, lo cual vulnera en especial la libertad, autonomía, individualidad y capacidad de las PcD psicosocial.

La legislación chilena desarrolla conceptualizaciones y clasificaciones en relación con la discapacidad, PcD, deficiencias y discapacidades psíquicas o mentales, las cuales se resumen en la siguiente tabla.

14 El Informe de Salud Mental 2022, de la OPS, define trastorno mental como un “síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental”. OPS (2022), p. 8.

15 En este sentido, siguiendo al Plan Nacional de Salud Mental 2017 a 2025 y su marco conceptual, los conceptos de salud mental, enfermedad o trastorno mental no significan lo mismo y pueden ser explicados a partir del *modelo de dos continuos*, es decir, “el nivel de salud mental se representa en un eje vertical que va desde un ‘bajo nivel de salud mental’ hasta una ‘salud mental óptima’, y un eje horizontal que abarca desde la ausencia de diagnóstico y/o sintomatología de enfermedad mental, hasta la presencia de una enfermedad mental grave y compleja”. Minsal (2017), p. 32.

16 American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (s. f.).

17 OPS (2022), p. 8.

18 Arenas y Melo-Trujillo (2021), p. 72.

19 Shaylie *et al.* (2022).

20 Lewis y Batty (2022), p. 495.

Tabla 1. Definiciones legales sobre discapacidad ²¹	
Ley N.º 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad	
Concepto	Definición legal
Persona con Discapacidad	Artículo 5º. - Persona con discapacidad es aquella 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 (Ley N.º 20.422, 2010).
Ley N.º 18.600, que establece normas sobre deficientes mentales	
Concepto	Definición legal
Persona con Discapacidad Mental	Artículo 2º. - Para los efectos de la presente ley, se considera persona con discapacidad mental a toda aquella que, como consecuencia de una o más limitaciones síquicas, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, ve obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social (Ley N.º 18.600, 1987, artículo 2).
Decreto N.º 47/2012, que aprueba el reglamento para la calificación y certificación de la discapacidad	
Concepto	Definición legal
Deficiencia Mental	c) Deficiencia mental: Se clasifica en: 1. Deficiencia mental de causa psíquica: Es aquella que presentan las personas que padecen trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes, derivada de una enfermedad psíquica. 2. Deficiencia mental de causa intelectual: Es aquella que presentan las personas cuyo rendimiento intelectual es inferior a la norma en test estandarizados (Decreto N.º 47, 2012, artículo 9).
Decreto Supremo N.º 570/2000, que aprueba el reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan	
Concepto	Definición legal
Enfermedad o trastorno mental	2º. - Enfermedad o trastorno mental: Es una condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente (Decreto Supremo N.º 570, 2000, artículo 6).
Ley N.º 21.331, del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental	
Concepto	Definición legal
Persona con Discapacidad psíquica o intelectual	Persona con discapacidad psíquica o intelectual es aquella que, teniendo una o más deficiencias, sea por causas psíquicas o intelectuales, 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 (Ley N.º 21.331, 2021, artículo 2, inciso final).

En relación con las definiciones presentadas caben algunas apreciaciones. En el caso de la Ley N.º 20.422, en contraste con la definición de la CDPD, contempla como causa de la discapacidad mental la deficiencia psíquica o intelectual como un subgrupo dentro de lo mental, en armonía con el Decreto N.º 47 del Ministerio de Salud, y, por otra parte, la discapacidad puede ser temporal, por lo que las personas que están bajo una condición específica, en un tiempo determinado, ya sea por una enfermedad u otra causa, son consideradas dentro del grupo PcD.

²¹ Elaboración propia.

3. Estándares del derecho internacional de los derechos humanos sobre la libertad personal, seguridad individual y hospitalizaciones involuntarias de personas con discapacidad

3.1. ESTÁNDARES SOBRE LIBERTAD PERSONAL Y SEGURIDAD INDIVIDUAL EN LA CDPD

La CDPD en su preámbulo establece una serie de prerrogativas que sirven de sustento para la lectura de este instrumento internacional, en torno a las PcD. Una de ellas, letra n del preámbulo, radica en reconocer “la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones”²². Este reconocimiento, con relación al derecho de libertad personal y seguridad individual, se trata en específico en el artículo 14 de la Convención, recalcando la obligación de los Estados de asegurar igualdad de condiciones a las PcD, que no sean privadas de libertad ilegal o arbitrariamente y la necesidad de garantizar un juicio justo.

Tal como lo plantea Patricia Cuenca en su libro *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad. La cuestión de los internamientos involuntarios*²³, lo indicado en el artículo 14, letra b, va más allá de la simple incorporación de un principio general sobre la libertad personal, sino que le entrega un contenido específico a este derecho en relación con las PcD, puesto que antes de esta Convención, la discapacidad psicosocial e intelectual “representaba un motivo válido asumido por las legislaciones nacionales y aceptado también en el plano internacional, para fundamentar la privación de libertad”²⁴. En este estadio de cosas, a partir del anexo “Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad” incluido en el Informe del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2017, se desarrollan una serie de especificaciones sobre el artículo 14 de la CDPD, habida cuenta que algunos órganos regionales “han considerado la posibilidad de adoptar nuevos instrumentos vinculantes que permitirían el internamiento involuntario y el tratamiento forzoso de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial”²⁵.

La universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos²⁶, junto a las directrices antes mencionadas, obligan a realizar un análisis de la normativa, esto es, revisar

22 CDPD (2006), preámbulo, letra n.

23 Cabe hacer presente que este artículo toma como base referencial el completo trabajo de la autora citada, el que profundiza en cada uno de los estándares de la Convención sobre la materia.

24 Cuenca (2018), p. 29.

25 Comité CDPD (2017), p. 17.

26 El mismo preámbulo de la CDPD en su letra c) indica: “Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la necesidad de garantizar que las personas con discapacidad los ejerzan plenamente y sin discriminación”. CDPD (2006), p. 1.

brevemente la relación del artículo 14 con los otros derechos contenidos en la Convención, además de las observaciones generales, directrices y dictámenes²⁷ del Comité de la CDPD, para efectos de extraer con mayor precisión los estándares sobre la materia, destacando los desafíos que propone la Convención para la protección de los derechos de PcD psicosocial²⁸.

3.1.1. LA PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD POR DISCAPACIDAD O DEFICIENCIA, REAL O PERCIBIDA, ES DISCRIMINATORIA Y EQUIVALE A UNA PRIVACIÓN DE LIBERTAD ARBITRARIA

El principio detrás de este estándar descansa en que ninguna persona por el solo hecho de presentar una deficiencia o discapacidad, real o aparente, intelectual o psicosocial, debe ser privada de su libertad personal y seguridad individual.

Lo anterior se enmarca en la interrelación del artículo 14 con los artículos 2, 12, 19 y 5 de la CDPD²⁹, este último sobre la igualdad y la no discriminación de las PcD, el que reconoce la igualdad ante la ley e igual protección legal sin discriminación. Asimismo, se confirma la norma al disponer que “[l]os Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo”³⁰, sumado a la definición del artículo 2, relativa a la discriminación por motivo de discapacidad, esto es “cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales...”³¹.

Para el caso de las hospitalizaciones involuntarias, podría ser un interés legítimo (como lo indican algunas legislaciones como la nuestra) la necesidad de resguardar la salud tanto de la persona en riesgo como de terceros, es decir, internar a una PcD psicosocial o intelectual para mejorar su salud podría ser válido. Pero, en aplicación del estándar propuesto, suponiendo la existencia de la necesidad concreta de un tratamiento médico asociado, la internación involuntaria de PcD debe superar la examinación de proporcionalidad con estándares mucho más altos, debiéndose probar de forma fehaciente la necesidad concreta y justificar esta internación para el logro del fin perseguido. Especial atención representa el argumento asociado a

27 Véase en referencia a los dictámenes CRPD/C/28/D/70/2019, CRPD/C/27/D/51/2018, CRPD/C/26/D/46/2018, CRPD/C/26/D/48/2018, CRPD/C/25/D/58/2019, CRPD/C/29/D/61/2019 y CRPD/C/24/D/20/2014. Comité CDPD (2023).

28 Figueroa (2017), pp. 111-121.

29 En el dictamen del Comité CDPD sobre la comunicación N.º 61/2019 *S.M. v. Denmark*, refuerza que las PcD intelectual o psicosocial tienen derecho a la libertad y la internación forzada no puede ser establecida como una sanción. Comité CDPD (2023).

30 CDPD (2006), artículo 5.

31 CDPD (2006), artículo 2.

la protección de la misma persona y la de terceros, puesto que la peligrosidad o agresividad como criterio es, al menos, deficiente y no sirve de estándar general o como motivo para la hospitalización de PcD. Válido es preguntarse qué pasaría si este mismo criterio de peligrosidad fuera aplicado a toda la población y así determinar la potencial privación de libertad de personas de las cuales se reconocen, real o aparentemente, sin discapacidad o sin alguna deficiencia. En el caso de PcD psicosocial, muchas veces se presumen como un peligro para sí mismas y para la comunidad, sin necesariamente haber cometido algún tipo de acto violento o peligroso, justificándose así la privación de libertad³².

Siguiendo el análisis, la privación de libertad también se relaciona con la capacidad jurídica de las PcD, vista desde una perspectiva de derechos humanos y no meramente civilista³³, al momento de manifestar su aceptación o rechazo de tratamientos médicos u hospitalizaciones involuntarias o la participación de terceros como sustitutos de su voluntad. Si bien este tema, por su complejidad y extensión, se escapa de los alcances de este artículo, comparto lo expresado por Opgenhaffen sobre la falta de capacidad jurídica y la toma de decisiones por parte de sustitutos, la que podría igualmente ser “una injerencia potencialmente injustificada en la vida privada de una persona con discapacidad”³⁴. Este punto, tratado en el artículo 12 de la Convención, ha sido abordado en las Observaciones Generales N.º 1 del Comité CDPD y evidencia que “[e]l derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley entraña que la capacidad jurídica es un atributo universal inherente a todas las personas en razón de su condición humana...”³⁵. Por otra parte, el Comité distingue entre capacidad jurídica³⁶ y capacidad mental, siendo la primera la capacidad para ser titular de derechos y obligaciones, lo que también se denomina capacidad legal, y la capacidad mental “se refiere a la aptitud de una persona para adoptar decisiones, que naturalmente varía de una persona a otra y puede ser diferente para una persona determinada en función de muchos factores, entre ellos factores ambientales y sociales”³⁷. En definitiva, la internación de PcD basada en la “valoración individualizada de la capacidad de la persona para adoptar decisiones”³⁸ es contraria a la Convención, por lo que la negación de la capacidad jurídica y privación de libertad de las PcD sin manifestar su consentimiento y contra su voluntad constituye una discriminación directa y una privación arbitraria de la libertad.

32 Cuenca (2018).

33 Marshall (2020).

34 Opgenhaffen (2022), p. 2. (Traducción propia).

35 Comité CDPD (2014), párr. 8.

36 Sobre esta materia, en el dictamen del Comité CDPD sobre la comunicación núm. 17/2013 se analiza la capacidad jurídica de las PcD, indicando que “el hecho de que una persona tenga una discapacidad o una deficiencia no debe ser nunca motivo para negarle la capacidad jurídica ni ninguno de los derechos establecidos en el artículo 12...”. Comité CDPD (2019), párr. 8.6.

37 Comité CDPD (2014), párr. 13.

38 Cuenca (2018), p. 53.

A su vez, la Observación General N.º 6 de 2018, también del Comité CDPD, estipula sobre igualdad y no discriminación que constituye el núcleo de la Convención y que la prohibición de la discriminación incluye la discriminación directa e indirecta, esta última, “significa que las leyes, las políticas o las prácticas son neutras en apariencia, pero perjudican de manera desproporcionada a las personas con discapacidad”³⁹. Por lo que los tratamientos forzados, como las hospitalizaciones involuntarias, avalados por las normas internas de los Estados, afectan de manera especial a las PcD y “deberían prohibirse”⁴⁰. Sobre el mismo, a partir de las Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad de 2017, el Comité ha enfatizado, en definitiva, que:

[E]l artículo 14 no admita excepciones en virtud de las cuales pueda privarse a una persona de su libertad por motivos de deficiencia real o percibida. No obstante, las legislaciones de varios Estados partes, que comprenden leyes relativas a la salud mental, siguen previendo casos en que puede recluirse a una persona a causa de su deficiencia real o percibida, siempre y cuando existan otras razones para ello, por ejemplo, que represente un peligro para sí misma o para otras personas. Esta práctica es incompatible con el artículo 14, es discriminatoria y equivale a una privación de libertad arbitraria⁴¹.

El Comité, en este sentido, indica que la privación de libertad también importa una afectación al artículo 19⁴² de la Convención, referido al derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. Este derecho se ha interpretado, de acuerdo con la Observación General N.º 6, en el sentido que las PcD no deben verse obligadas a vivir “con arreglo a un sistema de vida específico en razón de la discapacidad”⁴³, por lo que excluir a PcD de la vida en comunidad como condición para recibir tratamiento es una práctica discriminatoria. En el informe ya citado de 2017, el Comité manifiesta su preocupación “por la persistencia de la institucionalización de las personas con discapacidad, incluidas las efectuadas por mediación de consignaciones presupuestarias, y por la falta o la insuficiencia de los servicios de apoyo, incluida la asistencia personal, para las personas con discapacidad en sus comunidades”⁴⁴.

39 Comité CDPD (2018), párr. 18.

40 Comité CDPD (2018), párr. 56.

41 Comité CDPD (2017a), párr. 6.

42 En las Observaciones Generales N.º 5 del Comité CDPD, especifica la relación entre el artículo 14 y 19 de la Convención, indicando que “[e]l internamiento involuntario por motivos de deficiencia o de circunstancias conexas como presunta ‘peligrosidad’ u otros factores enumerados por el Comité en sus directrices sobre el artículo 14 suele estar originado o se ve incrementado por la falta de servicios de apoyo específicos para la discapacidad. La aplicación del artículo 19, por lo tanto, impedirá en última instancia la violación del artículo 14”. Comité CDPD (2017b), párr. 82.

43 Comité CDPD (2018), párr. 58.

44 Comité CDPD (2017a), párr. 46.

Considerando las normas, observaciones y directrices ya citadas, además, las dimensiones de interseccionalidad y desigualdad estructural que han sufrido históricamente las PcD sujetas a privación de libertad arbitraria, permiten concluir que la hospitalización involuntaria por motivo de discapacidad es discriminatoria y constituye una privación de libertad arbitraria, contraria a los artículos 5, 12, 14 y 19 de la CDPD.

3.1.2. EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR MOTIVOS DE ATENCIÓN MÉDICA SIN CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO ES CONTRARIO A LA LIBERTAD PERSONAL

La hospitalización involuntaria de PcD psicosocial e intelectual muchas veces está condicionada por la toma de decisiones médicas que importan una necesidad de cuidado y tratamiento médico al paciente. Nuevamente, la interrelación del artículo 14 con los artículos 12 y 25 de la Convención, permiten identificar como estándar que, en caso de determinar el internamiento involuntario de una persona, considerando como único criterio la necesidad de tratamiento médico representa “una simple denegación de la capacidad jurídica de la persona afectada para tomar una decisión en relación con los servicios de salud mental o las intervenciones médicas”⁴⁵.

El artículo 25 de la Convención, que regula el derecho a la salud, tiene como núcleo central que las PcD tienen “derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad”⁴⁶, lo que también incluye la atención sobre la base de un consentimiento libre e informado. Asimismo, en la Observación General N.º 1, se resalta que el “derecho a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás incluye el respeto de su derecho a la libertad y a la seguridad de la persona”⁴⁷, por lo que la denegación de la capacidad jurídica y toma de decisiones, por parte de profesionales de la salud en la aplicación de tratamientos médicos, que condicionan una hospitalización involuntaria es contraria a la libertad personal y constituye una discriminación⁴⁸.

En consecuencia, este estándar implica que, por una parte, las PcD no deben ser privadas de libertad debido a un tratamiento médico o necesidad de cuidado sin basarse en el consentimiento libre e informado de la persona y, por otra, exige que los profesionales de la salud

45 Cuenca (2018), p. 55.

46 CDPD (2006), artículo 25.1.

47 Comité CDPD (2014), párr. 40.

48 En este punto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, Corte IDH), en el caso *Ximenez Lopes vs. Brasil*, reconoce que el derecho a la autonomía e intimidad no es absoluto, pero a continuación advierte: “[...] la discapacidad mental no debe ser entendida como una incapacidad para determinarse, y debe aplicarse la presunción de que las personas que padecen de ese tipo de discapacidades son capaces de expresar su voluntad, la que debe ser respetada por el personal médico y las autoridades”. Corte IDH: *Ximenez Lopes vs. Brasil*, 4 de julio de 2006, párr. 130.

deban agotar todas las instancias para recabar este consentimiento antes de aplicar cualquier tipo de tratamiento médico, tal como lo plantea el Comité en la Observación General N.º 1:

Todo el personal médico y sanitario debe velar por que se efectúe la consulta apropiada directamente con la persona con discapacidad. Ese personal debe garantizar también, en la medida de sus posibilidades, que los asistentes o personas encargadas de prestar apoyo no sustituyan a las personas con discapacidad en sus decisiones ni tengan una influencia indebida sobre ellas⁴⁹.

3.1.3. LA PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD INDIVIDUAL DE LAS PcD PRIVADAS DE LIBERTAD Y LA PROHIBICIÓN DE TORTURAS Y OTROS TRATOS CRUELES INHUMANOS Y DEGRADANTES

La Observación General N.º 6 de 2018, refiriéndose a los artículos 15, 16 y 17 de la Convención, indica que las PcD “pueden verse afectadas de manera desproporcionada por la violencia, los malos tratos y otros castigos crueles y degradantes, que pueden ser en forma de medidas de contención o segregación, así como de agresiones violentas”⁵⁰. De la misma manera, refiriéndose a los mismos artículos citados, la Observación General N.º 1 destaca que “el tratamiento forzoso por parte de profesionales de la psiquiatría y otros profesionales de la salud y la medicina es una violación del derecho al igual reconocimiento como persona ante la ley”⁵¹. La protección, entonces, de la integridad física y psíquica de las PcD, en especial psicosocial, intelectual o cognitiva, dicta estrecha relación con el ejercicio de la capacidad jurídica (artículo 12) y la libertad personal y seguridad individual (artículo 14).

Asimismo, se advierten otras prácticas que vulneran los derechos de las PcD en hospitalizaciones involuntarias, como lo son el aislamiento por extensos periodos de tiempo, inmovilizaciones y métodos de contención física, mecánicas y farmacológicas. En esta misma perspectiva, el Comité ha manifestado su preocupación por “la esterilización forzada, el aborto forzado y los procedimientos coercitivos en materia de salud sexual y reproductiva”⁵². En definitiva, estas prácticas son contrarias en especial al artículo 15 de la Convención, puesto que “[n]inguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”⁵³.

En relación con este mismo estándar, cabe hacer presente lo relativo a las condiciones de

49 Comité CDPD (2014), párr. 41.

50 Comité CDPD (2018), párr. 56.

51 Comité CDPD (2014), párr. 42.

52 Comité CDPD (2017a), párr. 42.

53 CDPD (2006), artículo 15.1.

reclusión o internación, directamente relacionado con los artículos 15 y 16 de la Convención, en razón de prohibir cualquier tipo de explotación, abuso, violencia o tratos crueles, inhumanos y degradantes⁵⁴. Precisamente, la misma CDPD, en el inciso tercero del artículo 16, establece la obligación para los Estados de adoptar “todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando [...] que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares”⁵⁵, para luego sostener que, en relación con los programas y servicios, estos sean “supervisados efectivamente por autoridades independientes”⁵⁶.

Las directrices propuestas por el Comité especifican este punto, recomendando que “se adopten medidas inmediatas para remediar las condiciones de vida precarias en las instituciones”⁵⁷ y “subrayado la necesidad de aplicar mecanismos de supervisión y revisión a los casos de personas con discapacidad privadas de libertad”⁵⁸. Cabe precisar que incluir mecanismos de supervisión y vigilancia en contextos de hospitalizaciones involuntarias de PcD no implica aceptar esta práctica, sino más bien hacerse cargo de una realidad histórica y actual.

En resumen, este estándar también contempla la necesidad de supervisar y vigilar, por un lado, las condiciones en que se encuentran las PcD privadas de libertad, investigando y previniendo posibles violaciones a los derechos humanos⁵⁹; y, por otro, revisar aquellas reclusiones y su fundamento, bajo la participación de autoridades independientes y la sociedad civil, para poder “impugnar las detenciones arbitrarias y lograr la inmediata puesta en libertad de las personas que se determine han sido reclusas arbitrariamente”⁶⁰.

3.1.4. EL ACCESO A LA JUSTICIA DE PC D PRIVADAS DE LIBERTAD

Finalmente, otro de los estándares que se desprenden de la CDPD y demás instrumentos emanados por el Comité está el relacionado con el artículo 13 de la Convención, sobre el acceso a la justicia. En este sentido, se hace referencia a las condiciones de participación efectiva, en igualdad de condiciones, en todas las etapas procesales, incorporando salvaguardas y

54 En este sentido, la Corte IDH, en el caso *Guachalá Chimbo y Otros vs. Ecuador*, establece que “[l]os Estados tienen el deber de supervisar y garantizar que en toda institución psiquiátrica, pública o privada, sea preservado el derecho de los pacientes de recibir un tratamiento digno, humano y profesional, y de ser protegidos contra la explotación, el abuso y la degradación”. Corte IDH: *Guachalá Chimbo y Otros vs. Ecuador*, 26 de marzo de 2021, párr. 90.

55 CDPD (2006), artículo 16.3.

56 CDPD (2006), artículo 16.4.

57 Comité CDPD (2017a), párr. 17.

58 Comité CDPD (2017a), párr. 19.

59 Cuenca (2018).

60 Comité CDPD (2017a), párr. 19.

ajustes de procedimiento para las PcD. En el mismo artículo, pero en su segunda parte, refiere a la promoción de “capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y penitenciario”⁶¹. Esta capacitación adecuada, tal como lo indica la Observación General N.º 6, hace referencia a la interseccionalidad, la diversidad de PcD, la autonomía individual y capacidad jurídica.

Independiente de la conciliación entre la regulación internacional (artículo 13 de la Convención) y los sistemas judiciales nacionales, no se advierte que la existencia de un procedimiento judicial accesible y adaptado, que regule la hospitalización involuntaria, implique que esta no sea antagónica a otros estándares sobre este tema, en especial considerando, como se dijo, que la internación involuntaria por motivos de discapacidad es contraria a la CDPD.

Con todo, las PcD tienen derecho a poder recurrir cuando se le haya privado la libertad, especialmente cuando se fundamenta por motivo de discapacidad. En este sentido, el acceso a la justicia implica la regulación de mecanismos efectivos y eficientes, ya sean judiciales o administrativos, “que respeten el debido proceso [...] que les permitan recurrir la justificación de su privación de libertad y obtener una adecuada compensación, reparación y sustitución”⁶², sumando, además, la posibilidad de alegar la violación, perturbación o amenaza de derechos humanos que hayan podido ocurrir en el tiempo de su internación forzada, como se dijo, a partir de los artículos 15, 16 y 17 de la Convención.

4. Ley N.º 21.331 sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental

4.1. ASPECTOS NORMATIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA EN LA LEY N.º 21.331 Y LOS ESTÁNDARES DE LA CONVENCION DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La hospitalización involuntaria está regulada en la Ley N.º 21.331 a partir del título III, “De la naturaleza y requisitos de la hospitalización psiquiátrica”, artículos 11 al 21, imponiendo una serie de condiciones y requisitos para la internación⁶³, además, esta norma se complementa con la Circular N.º 6 de la Subsecretaría de Salud Pública y el Decreto N.º 570⁶⁴.

61 CDPD (2006), artículo 13.2.

62 Cuenca (2018), p. 61.

63 González *et al.* (2014), pp. 89-148.

64 La Ley N.º 21.331 de salud mental, en su artículo transitorio, impone la dictación de un reglamento dentro de 60 días corridos luego de publicada la ley. A la fecha del término de este artículo, dicho reglamento no ha sido publicado y su borrador (luego de estar en consulta pública), emanado por el Ministerio de Salud, ha sido objeto de críticas. Véase sobre el tema: [<https://www.youtube.com/watch?v=NB4voTvk-e8>].

En los siguientes apartados, se propone analizar los aspectos normativos nacionales que se aplican en la hospitalización psiquiátrica involuntaria, teniendo como referencia los estándares identificados a partir de la CDPD e instrumentos complementarios del Comité, los cuales se encuentran reconocidos en la misma ley, en su artículo primero.

4.1.1. SOBRE LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD POR MOTIVO DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL E INTELECTUAL, REAL O PERCIBIDA

A partir de la lectura de la CDPD y otros instrumentos, como ya se expuso, la hospitalización involuntaria importa una privación en el ejercicio de libertad personal y seguridad individual, y esta no puede ser motivada por una deficiencia o discapacidad psicosocial o intelectual, real o aparente, de la persona⁶⁵. Tomando como punto de partida este estándar, se puede visualizar que en nuestra legislación la hospitalización psiquiátrica involuntaria se presenta en principio como una excepción, siempre que se justifique como real beneficio para la persona, en comparación a otros tipos de intervenciones, es decir, en medida que la familia, la comunidad o el entorno cercano de la persona no puedan atender o contener las necesidades de salud mental, se podrá recurrir a esta instancia que restringe el derecho a la libertad personal. El artículo 13 de la ley expone, en este sentido, que “[1]a hospitalización psiquiátrica involuntaria afecta el derecho a la libertad de las personas”, para luego acentuar que aquella hospitalización involuntaria, de ningún modo, “puede deberse a la condición de discapacidad de la persona”⁶⁶. Lo anterior pareciera suponer que la internación por motivo de discapacidad está prohibida en esta ley⁶⁷, pero, armonizando los artículos 11, 12 y 13 de la misma, se puede estimar que, en aplicación de los criterios o situaciones de riesgos, reales e inminentes (antes denominados de peligrosidad), la necesidad de tratamientos médicos o terapéuticos requeridos por las personas, y especialmente los plazos establecidos en el artículo 12, inciso 2, de la ley, suponen que igualmente se podrá hospitalizar involuntariamente a PcD psicosocial e intelectual, puesto que no es un motivo prohibido *per se*, sino que depende de variables y combinaciones con supuestos aplicables en términos generales para la privación de libertad de PcD. Asimismo, siguiendo a Ponce de León, “transmite un mensaje social que establece o refuerza un estereotipo negativo fundado en un supuesto vínculo entre la discapacidad mental

65 Para el caso de niños, niñas y adolescentes, la ley estipula especificaciones que no se profundizan en este artículo. Para más información, véase Marshall *et al.* (2023).

66 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 13. Cabe hacer presente que la discapacidad, como se explicó en su conceptualización, no es una condición ni un atributo de las personas.

67 En el Informe de Chile (versión avanzada no editada), en respuesta a la lista de cuestiones previa a la presentación de los informes periódicos segundo a cuarto del Comité CDPD (2022), se informa en términos textuales las normas jurídicas contempladas en la Ley N.º 21.331, principalmente en relación con los artículos 12, 14, 15, 16, 17, 19 y 25 de la CDPD.

y un comportamiento peligroso, tanto en términos sociales como personales”⁶⁸.

La hospitalización involuntaria está plenamente justificada en la ley, teniendo como base la concurrencia copulativa de las condiciones enumeradas en el artículo 13, recalcando su carácter temporal y ambulatorio, siempre sujeta a tratamiento médico y restringida por la existencia de una “situación real de riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros”⁶⁹. Esta situación de riesgo o criterio de peligrosidad⁷⁰ de las personas es contrario a la CDPD, lo cual es integrado de forma genérica en el artículo ya citado, poniendo en una situación de desventaja y discriminación en PcD psicosocial e intelectual. Los criterios o parámetros para actuar sin la voluntad de la persona y distinguir en qué caso se está en riesgo real o inminente de daño a sí mismo o a terceros, se encuentran en la Circular N.º 6 de la Subsecretaría de Salud Pública que dispone:

i) la condición psíquica y conductual derivada de una enfermedad mental diagnosticada o probable, ii) que conlleva la inminencia del riesgo, iii) existe un grado de certeza razonable de ello y iv) que pueda desencadenar un daño que amenace la vida o la integridad física de la persona o de terceros⁷¹.

Los criterios mencionados no profundizan en distinciones que dejen fuera a las PcD psicosocial o intelectual de posibles vulneraciones de derecho y de la internación involuntaria, lo que es deficiente por cuanto refuerza estereotipos y prejuicios que posicionan a las PcD como sujetos bajo una “condición probable” de riesgo y de forma “preventiva” pueden ser privadas de libertad. Esta condición de riesgo, ya sea por trastorno psíquico o conductual, refleja una visión sobre salud mental y las PcD, considerando esta condición como atributo de la persona que debe ser tratada para su mejoría y, en ningún caso, se incorporan aspectos biopsicosociales en la definición de estos criterios, más bien se refuerza el interés por excluir rápidamente a quienes puedan amenazar la vida o integridad física de sí mismos o de la comunidad, argumento que carece de cualquier esfuerzo por establecer una guía que permita fundamentar fehacientemente cuándo estamos frente a un riesgo real o inminente y razonable, que permita justificar la hospitalización involuntaria de PcD.

La capacidad jurídica, para la manifestación de voluntad sobre la hospitalización involuntaria, se encuentra en el artículo 4 de la ley, en referencia al consentimiento para la atención de

68 Ponce de León (2023), p. 53.

69 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 13.

70 El Comité CDPD, en las Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile, del año 2016, manifiesta su preocupación por la aplicación del criterio de peligrosidad “para determinar la privación de libertad con base en la presencia real o percibida de una discapacidad psicosocial”. Comité CDPD (2016), párr. 29.

71 Circular N.º 6 (2021), p. 3.

salud, disponiendo en especial que los “equipos interdisciplinarios promoverán el ejercicio del consentimiento libre e informado”⁷², mas no deberán garantizarlo, cumpliendo con informar a la persona sobre las alternativas médicas disponibles y su derecho a acceder o no a dichos tratamientos.

Esta promoción del consentimiento libre e informado se complementa con el artículo 9, aludiendo que toda persona podrá intervenir y participar de forma activa en su tratamiento habiendo expresado su consentimiento libre e informado, además, “[l]as personas que tengan limitaciones para expresar su voluntad y preferencias deberán ser asistidas para ello. En caso alguno se podrá realizar algún tratamiento sin considerar su voluntad y preferencias”⁷³. En este punto hay excepciones, las cuales son incluidas en el artículo 15 de la Ley N.º 20.584⁷⁴, que relativiza la manifestación de voluntad y termina por no ser exigida en aquellos casos en que se ponga en riesgo la salud pública, riesgo vital o incapacidad de la persona o paciente. La Circular N.º 6 incorpora estos elementos para el caso de la hospitalización involuntaria, puesto que dispone que recabar aquella voluntad y preferencias será “en la medida que la condición de la persona lo permita”⁷⁵, concluyendo que, en caso de no poder obtener el consentimiento para la atención de salud, se deberá dejar siempre constancia escrita de tal circunstancia en la ficha clínica, suscrita por el jefe del servicio clínico y, por tanto, se aplicarán estas excepciones para el traslado y la internación no voluntaria. Esta visión de la capacidad, para el caso de PcD psicosocial e intelectual, sigue siendo discriminatoria, al considerar solo el estatus de la persona, es decir, la confluencia entre el diagnóstico de la deficiencia o de la enfermedad mental (trastorno mental), la condición de riesgo real o percibida y la imposibilidad de manifestar la voluntad, como criterios para atribuir la incapacidad en la toma de decisiones que tengan como consecuencia la hospitalización involuntaria o la integración a un tratamiento médico determinado. La legislación, en mi opinión, confunde nuevamente la capacidad jurídica y la capacidad mental, ambas requeridas para dar a conocer sus preferencias y consentimiento en la hospitalización y tratamiento médico que pueda imponer por el equipo médico, lo que constituye una discriminación arbitraria tomando como elemento de competencia, para la toma de decisiones, la discapacidad y, por tanto, resulta contraria a los estándares de la CDPD.

72 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 4.

73 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 9.4.

74 El Comité CDPD, nuevamente sobre el informe inicial de Chile, ha manifestado su preocupación por este artículo, en razón que las PcD no tengan “derecho al consentimiento informado, particularmente aquellas declaradas interdictas o institucionalizadas por razón de discapacidad mental, en el caso de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas cuyos efectos son irreversibles”. Comité CDPD (2016), párr. 25.

75 Circular N.º 6 (2021), p. 2.

Finalmente, en referencia al derecho a vivir de forma independiente⁷⁶ y a ser incluido en la comunidad (artículo 19 de la Convención), la Ley N.º 21.331 tiene algunas referencias vagas y sin profundización, como, por ejemplo, en los principios inspiradores de la ley, contemplados en el artículo 3, además de los artículos 9 y 12. En definitiva, la normativa, si bien reconoce el derecho a vivir de forma independiente, no desarrolla ni entrega directrices, no indica cómo ha de ejercerse este derecho consagrado en la CDPD y tampoco establece condiciones reales que permitan deducir una plena promoción del derecho. Las PcD psicosocial o intelectual son cotidianamente excluidas de los servicios sociales o comunitarios, resueltas hacia el encierro familiar o la internación involuntaria como ejercicio de una práctica históricamente aceptada y, si la persona ya se encuentra hospitalizada involuntariamente, difícilmente se intentan o agotan las instancias para incluirla en la sociedad.

4.1.2. SOBRE LA HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA DE PcD PSICOSOCIAL O INTELECTUAL POR ATENCIÓN MÉDICA SIN CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Sumado a lo ya citado, respecto del artículo 4 en razón de la manifestación del consentimiento libre e informado, el artículo 13 de la Ley N.º 21.331, que establece los requisitos o condiciones para la hospitalización involuntaria, instaura una estrecha relación entre la necesidad de un tratamiento médico, un problema de salud mental y la situación de riesgo para sí mismo o para terceros, lo que importa la existencia de una situación médica que debe ser tratada y compensada para su posterior alta médica, teniendo como premisa la manifestación libre e informada del consentimiento, incluso bajo asistencia, según se desprende del artículo 9, número 4. Lo anterior, sin embargo, queda supeditado a las determinaciones de los profesionales médicos, lo cual se puede visualizar en la primera condición para la internación involuntaria, esto es, una “prescripción que recomiende la hospitalización, suscrita por dos profesionales de distintas disciplinas”⁷⁷, además de un plazo para la hospitalización y el tratamiento a seguir. En lectura con el artículo 16 de la misma ley, que trata sobre el alta médica o permiso de salida del paciente, se hace una clara alusión al término o “cese de la situación de riesgo cierto o inminente para ella [la persona] o para terceros”⁷⁸ para, finalmente, prohibir “procedimientos o tratamientos irreversibles, tales como esterilización o psicocirugía”⁷⁹. Asimismo, el manejo de conductas perturbadoras o agresivas debe considerar la voluntad de la persona, por lo que aquellos procedimientos y tratamientos deben concurrir bajo “indicación

76 En este sentido, existen propuestas terapéuticas que fomentan la hospitalización domiciliaria como un “dispositivo asistencial formado por un equipo de profesionales sanitarios que realizan un seguimiento intensivo en el domicilio del paciente que presenta una patología aguda. Su función es ofrecer cuidados similares a los que se proporcionan en el ingreso hospitalario, pero evitando los posibles inconvenientes derivados de la situación de internamiento”. Noguero y Peregalli (2021), p. 44.

77 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 13.

78 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 16.

79 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 17.

terapéutica acreditada por un médico⁸⁰ y el consentimiento libre e informado de la persona. En este punto, es importante recalcar la aparición de estereotipos y prejuicios fuertemente arraigados en el entorno médico al momento de tratar a una persona bajo una crisis psiquiátrica. Estas premisas, por ejemplo, establecen que la persona es: 1) “incapaz de tomar decisiones racionales sobre el tratamiento; 2) la persona involucrada luego estará agradecida; 3) la evaluación del riesgo para sí mismo y otros es confiable y válida y 4) las medidas coercitivas son efectivas”⁸¹.

De acuerdo a lo prescrito, se puede deducir que, más allá de los principios generales adoptados por la ley en cuanto a capacidad jurídica y consentimiento libre e informado, el derecho a la salud en igualdad de condiciones con el resto de personas está supeditado, para el caso de PcD psicosocial o intelectual, a la situación real o percibida de riesgo para sí mismo o para terceros, traducido en tratamientos intensivos de corta duración que buscan un determinado beneficio terapéutico al problema de salud que manifiesta una persona, lo que, a mi juicio, no implica garantizar la consideración de la voluntad sobre la adherencia para con la hospitalización involuntaria o el tratamiento médico dictado por los profesionales, más bien existe una intención manifiesta por considerar las preferencias de la persona, pero no necesariamente vincularla con el criterio médico que siempre podrá disponer o no la internación. Por otra parte, interesante es visualizar mecanismos de resguardo de la voluntad y preferencias sobre los tratamientos posibles, por lo que la legislación dispone la promoción de

declaraciones de voluntad anticipadas, de planes de intervención en casos de crisis psicoemocional, y de otras herramientas de resguardo, con el objetivo de hacer primar la voluntad y preferencias de la persona en el evento de afecciones futuras y graves a su capacidad mental, que impidan manifestar consentimiento⁸².

De la misma forma, incorpora la posibilidad de designación de acompañantes o asistentes para la toma de decisiones, quienes deberán colaborar para la ponderación de las diferentes posibilidades de tratamientos. Sin perjuicio de lo anterior, recordar que el médico tratante igualmente podrá obviar la manifestación libre e informada de la persona, conforme al artículo 15 de la Ley N.º 20.584 ya citado.

Bajo mi perspectiva, el consentimiento libre e informado en caso de hospitalización involuntaria está contemplado sin indicar en qué consiste cada mecanismo⁸³, cómo ejercerlo y, desde el punto de vista del tratamiento de salud y cuidado actual e inminente que requiere

80 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 21.

81 Bustamante y Cavieres (2018), p. 514.

82 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 4, inciso 4.

83 Este punto no está tratado en la Circular N.º 6 y podría ser tratado por el reglamento de la ley.

una persona, cuándo se encuentra en una situación de riesgo para sí mismo o para terceros, por lo que las PcD psicosocial o intelectual se encuentran en una desventaja desproporcionada y discriminatoria que posibilita la sustitución de su voluntad o inclusive la omisión de la misma, lo que implica tener igualmente posibilidades de hospitalización involuntaria sin haber manifestado su consentimiento libre e informado, siendo una clara vulneración de la CDPD.

4.1.3. SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA SEGURIDAD INDIVIDUAL DE LAS PcD HOSPITALIZADAS INVOLUNTARIAMENTE Y LA PROHIBICIÓN DE TORTURAS Y OTROS TRATOS CRUELES INHUMANOS Y DEGRADANTES

La hospitalización involuntaria, como lo ha dicho el Comité de la CDPD, representa una forma especial de vulneración para las PcD psicosocial, intelectual o cognitiva, puesto que pueden verse expuestas a situaciones que puedan poner en riesgo su integridad física y psíquica⁸⁴. Al respecto, la ley de salud mental, en sus principios, reconoce el derecho “a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud”⁸⁵; desde la misma perspectiva, como ya se ha citado, el artículo 17 hace alusión a la prohibición, en todo caso, de procedimientos irreversibles tales como la esterilización o psicocirugía.

Por otra parte, la ley regla el manejo de conductas perturbadoras o agresivas en el artículo 21, sosteniendo, en general, el apego y respeto de los derechos humanos, además de la voluntad y preferencia de las personas, de acuerdo a la condición de riesgo general (a sí mismos o terceros), pudiendo, el médico, solicitar la aplicación de procedimientos y protocolos de contención. De igual modo, según la necesidad en cada caso, si se utiliza algún tipo de contención física, mecánica o farmacológica nunca podrán significar “torturas, apremios ilegítimos u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes”⁸⁶. Todas estas acciones deberán quedar registradas en una ficha clínica y están sujetas a supervisión médica, incluso se podrán comunicar a los tribunales de familia que conozcan de estas hospitalizaciones involuntarias. La regulación específica sobre los procedimientos de contención en caso de conductas perturbadoras o agresivas, como lo indica la ley, quedan sujetas al reglamento que debe publicar el Ministerio de Salud, el cual a la fecha de este artículo aún no se publica. Finalmente, en este punto, la Circular N.º 6, que armoniza temporalmente la hospitalización involuntaria con la

84 En este sentido, el Comité CDPD, sobre el informe inicial de Chile, ha manifestado su preocupación “por las evidencias de que en el Estado parte se lleven a cabo prácticas tales como: psicocirugías, tratamientos electroconvulsivos, aislamientos prolongados en celdas sin calefacción ni servicios básicos, contenciones físicas y otros tratamientos considerados crueles, inhumanos o degradantes, con el único propósito de ‘disciplinar’ o ‘corregir conductas desviadas’, a personas con discapacidad psicosocial”. Comité CDPD (2016), párr. 33. He de destacar, además, que la psicocirugía aún sigue vigente en nuestra legislación.

85 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 3, letra h.

86 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 21.

Ley N.º 21.331, en referencia al tratamiento prescrito durante la hospitalización psiquiátrica involuntaria, se limita a mencionar que “[s]e deberán realizar esfuerzos por minimizar las acciones coercitivas en el contexto de la hospitalización”⁸⁷ en referencia al artículo 17 de la ley.

Como expuse anteriormente, dentro de este estándar se encuentra la revisión y supervisión de las condiciones en que se encuentran las PcD privadas de libertad con objeto de impedir cualquier abuso, explotación o violencia, no solo en centros destinados para estos efectos, sino también en cárceles, quienes en general viven otras injusticias⁸⁸. Tanto la ley como la Circular N.º 6 incorporan directrices para la revisión y supervisión de las hospitalizaciones involuntarias. El artículo 14 de la Ley N.º 21.331 crea un procedimiento ante tribunales de familia que deberán conocer pasadas las primeras 72 horas de hospitalización involuntaria. Este tribunal, en definitiva, analiza los informes médicos presentados solo para efectos de revisar si se cumple con los presupuestos legales para la internación, requisitos contenidos en el artículo 13 de la misma ley. Cada 30 días desde la última revisión hecha por el tribunal, el equipo médico deberá actualizar la información y antecedentes que den cuenta de la evolución de la persona, quien podrá designar o se le designará un abogado, lo que sería una suerte de curaduría *ad litem*. Este tribunal funciona como un tercero imparcial para la revisión de las condiciones basales en que se sustenta la hospitalización involuntaria de una persona, lo cual ha generado una serie de dudas respecto del procedimiento mismo y su utilidad práctica, puesto que no quedan claras, entre otras, la forma de computar y cumplir los plazos establecidos; bajo qué supuestos o fundamentos podrá, el juez de familia, solicitar el alta médica; si familiares o la sociedad civil pueden intervenir en estas causas judiciales; o si solo la autoridad sanitaria tiene las potestades para accionar y qué sucede en caso de no hacerlo.

Tomando como referencia lo ya dicho respecto de la hospitalización involuntaria para el Comité y la regulación expuesta en la ley, parece importante destacar la intención del legislador por resguardar los derechos humanos de las personas privadas de libertad en contexto de hospitalización involuntaria, lo cual se presenta de forma genérica como principio inspirador, mas no atiende la especial vulneración que significa la internación de PcD. También parece clara la referencia a la CDPD, bajo los artículos 12, 14, 15 y 17, pero no se establecen especificidades necesarias para que aquellos que ya están privados de libertad puedan recurrir ante un órgano independiente e impugnar los fundamentos de su internación forzada o denunciar tratos crueles, inhumanos o degradantes o la violación en sus derechos, así como tampoco existe una real protección y garantía del consentimiento libre e informado en procedimientos de contención física, mecánica o farmacológica. Relevante, en mi opinión, es la falta de regulación que permita vincular este tipo de situaciones con otras instancias nacionales e

87 Circular N.º 6 (2021), p. 9.

88 Munster (2023), pp. 331-339.

internacionales como, por ejemplo, la capacitación de los profesionales de la salud en temáticas de derechos humanos, el trabajo mancomunado con el Comité para la Prevención de la Tortura (INDH) o la incorporación de otros instrumentos ratificados por Chile, como lo es la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.

4.1.4. SOBRE EL ACCESO A LA JUSTICIA DE PcD PRIVADAS DE LIBERTAD EN CONTEXTO DE HOSPITALIZACIONES INVOLUNTARIAS

La visualización del estándar asociado al acceso a la justicia de PcD se puede dividir —desde mi punto de vista— en tres fases: primero, en relación a las conductas o comportamientos que se reconocen, según la ley, como condiciones de riesgo, reales o percibidas, para la misma persona o para terceros, teniendo como consecuencia la contención y posterior hospitalización involuntaria, es decir, el acceso a la justicia respecto de los supuestos fácticos y jurídicos que fundan la internación forzada, *ex ante*; segundo, respecto de las condiciones y posibles violaciones a los derechos humanos de las PcD, traducidos en abusos, violencia, contenciones físicas, mecánicas o farmacológicas que pueden ser considerados como tratos crueles, inhumanos o degradantes, estando la persona privada de libertad; y tercero, en relación a las consecuencias físicas o psicológicas que puede acarrear la hospitalización involuntaria en PcD, es decir, el acceso a la justicia *ex post* a la alta médica o al término de la hospitalización involuntaria decretado por un juez⁸⁹.

Nuestra legislación, en principio, parece reconocer un mecanismo judicial para la protección de los derechos de las personas privadas de libertad en contexto de hospitalización involuntaria, lo cual se regula en el artículo 14 y siguientes de la Ley N.º 21.331, tal como se dijo anteriormente, a través de un procedimiento que solo busca examinar los requisitos y condiciones que hicieron procedente la hospitalización involuntaria ante tribunales de familia. Este procedimiento judicial de plazos acotados y expeditos depende exclusivamente de la autoridad sanitaria (Seremi), los profesionales tratantes y de la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, quienes pueden presentar los informes ante el juez de familia. Este último es quien, en definitiva, podrá decretar la cesación de la hospitalización involuntaria, en caso que no se cumplan con las exigencias legales ya mencionadas. Tanto la persona sujeta a privación de libertad como su representante legal o el mismo tribunal tendrán derecho para designar uno o más abogados, lo cual podría dar luces de un procedimiento garantista en resguardo de la libertad y seguridad individual. Sin embargo, este procedimiento es confuso, puesto que no hay claridad de la forma en que participa o se hace

89 En este punto, han existido propuestas para la creación de tribunales especializados, teniendo como labor principal abordar causas judiciales de personas privadas de libertad involuntariamente por motivos de salud mental. Véase, *v. g.*, Barrera (2021) y Barrera y Parra (2023).

parte, a través de su o sus abogados, la persona hospitalizada involuntariamente, teniendo como referencia una audiencia donde se citará a la persona privada de libertad, sin clarificar plazos, supuestos, objetivos de la audiencia y forma de solicitud, o si su presencia siempre deberá ser requerida por el tribunal o cómo este último formará convicción sobre la procedencia o no de la hospitalización involuntaria. En este sentido, el artículo 15 solo indica que, estando una persona privada de libertad por hospitalización involuntaria, “cualquier persona podrá proponer para aquella un abogado determinado, o bien solicitar al Tribunal de Familia competente su designación”⁹⁰.

Siguiendo esta lógica, la Circular N.º 6 refuerza que la iniciativa para la intervención del tribunal es de la Seremi respectiva (en razón del artículo 14 y 19 de la ley) y que esta acción solo conducirá a “resolver si los requisitos legales de la hospitalización psiquiátrica involuntaria se cumplen”⁹¹.

Desde mi punto de vista, este procedimiento judicial es uno de los aspectos más críticos de la ley, ya que no garantiza el acceso a la justicia de PcD *ex ante* ni *ex post*, no reconoce los estándares de la Convención ni tampoco considera ajustes procedimentales y de accesibilidad para el ejercicio pleno de las PcD psicosocial e intelectual, limitándose a una revisión técnica-administrativa de los supuestos legales que llevan a la adopción de la internación psiquiátrica. Tampoco incorpora mecanismos para que las PcD privadas de libertad puedan accionar ante un tribunal competente, ya sea sobre los fundamentos de su internación, considerando que la hospitalización involuntaria por motivos de discapacidad es discriminatoria y contraria a la Convención, así como los abusos o violaciones a los derechos humanos de las PcD que estando ya privadas de libertad pudieran sufrir; en definitiva, excluye la posibilidad de restitución de su libertad y la reparación integral en casos que se hayan violado sus derechos.

4. Conclusiones

Por los aspectos considerados y contrastados en el presente artículo puedo concluir:

1. En relación con la hospitalización involuntaria (insistiendo que es una práctica que debe ser abolida según lo indicado por la Convención), Chile no cumple con el estándar internacional puesto que sigue permitiéndose la internación de PcD psicosocial e intelectual por motivos de discapacidad, real o percibida, en base a las condiciones de riesgo para sí mismos y para terceros. En este sentido, la hospitalización involuntaria, tal como se regula en nuestra le-

90 Ley N.º 21.331 (2021), artículo 15, inciso 2.

91 Circular N.º 6 (2021), p. 5.

gislación, en principio neutra, al establecer que no podrá deberse a la *condición de discapacidad de la persona* constituye una discriminación indirecta, debido a que posibilita la privación de libertad por la confluencia de condiciones o situaciones de riesgo en relación con la necesidad de tratamientos médicos que afectan en especial a las PcD psicossocial e intelectual, vulnerando el artículo 2, 5 y 14 de la CDPD.

2. La regulación de la ley, respecto de la manifestación del consentimiento libre e informado de las PcD para la aplicación de la hospitalización involuntaria, a partir de los artículos 4 y 9 de la Ley N.º 21.331 logra establecer criterios como apoyos para la toma de decisiones, declaraciones de voluntad anticipada o la designación previa de acompañantes, los cuales son acordes a estándares internacionales sobre la materia, pero no satisface estándares específicos de la CDPD, puesto que igualmente se permite la omisión de la manifestación de la voluntad para la hospitalización involuntaria a partir del artículo 15 de la Ley N.º 20.584, esto es, por motivo de salud pública, riesgo vital o incapacidad, además queda sujeta, esta manifestación (como lo indica la Circular N.º 6), a la “condición” de la persona. Estos aspectos constituyen una discriminación, atribuyendo la incapacidad jurídica y mental de las PcD para la toma de decisiones y, en particular, para manifestar su voluntad en restricción de un derecho fundamental como lo es la libertad personal, además, en concordancia con lo indicado sobre la privación de libertad por motivo de discapacidad, la ley no contempla mecanismos que permitan evidenciar la manifestación del consentimiento libre e informado en la ejecución de hospitalizaciones involuntarias o tratamientos médicos de PcD psicossocial e intelectual, en clara vulneración a los artículos 12 y 25 de la CDPD.

Otro de los derechos convencionales recogido por la legislación nacional es el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la sociedad (artículo 19 de la CDPD), lo cual es presentado sin entregar directrices, presupuestos, responsabilidades o guía que permita su implantación. Por consiguiente, nuevamente la ley hace una referencia en términos de declaración de principios, pero no aborda de forma concluyente este derecho, lo que podría entenderse como una problemática de modelos y políticas públicas. Siguiendo a Erices, en nuestro país existe una insuficiencia en los presupuestos, aumento de los tiempos de espera en la atención de salud mental, asimismo, disparidad entre el aumento de beneficiarios en relación al aumento de los recursos disponibles y la existencia de desigualdades entre lo público y privado, por lo que hacer efectivo el estándar de la Convención implica la necesidad de una profunda revisión del modelo de salud mental aplicado en Chile y el avance hacia un modelo de derechos humanos⁹².

3. Respecto a la aplicación de contención física, mecánica o farmacológica para el manejo

92 Erices (2021).

de conductas perturbadoras o agresivas, a partir de lo mencionado en los artículos 17 y 21 de la Ley N.º 21.331, cabe sostener que no garantiza la protección de los derechos humanos de las personas sujetas a hospitalización involuntaria, en especial a las PcD psicossocial e intelectual, ya que aún es permitida bajo ciertas condiciones, sin establecer directrices que permitan su real protección. Al respecto, la ley solo fija criterios generales para que las contenciones no traspasen la línea de lo que puede constituir violencia, abusos o tratos crueles, inhumanos o degradantes, sin indicar qué casos o bajo qué condiciones se traspasa aquel umbral, sin perjuicio que el reglamento pudiera especificar esta materia. En este sentido, la ley no contempla mecanismos administrativos ni judiciales suficientes que permitan denunciar, revisar o supervisar que estas vulneraciones a los derechos de las PcD ocurran, dejando a criterio de los profesionales de la salud la motivación para dar cuenta de aquellos hechos, ya sea en contexto de informes a los tribunales de familia sobre los requisitos para la hospitalización involuntaria, procedimiento del artículo 14 de la ley o información a la Seremi de salud correspondiente. En consecuencia, las PcD sujetas a privación de libertad no cuentan, a partir de la ley, con garantías que les permitan recurrir por sí mismos o por sus representantes para la revisión de los fundamentos de la hospitalización o la ocurrencia de abusos, violencia u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, salvo lo estipulado en el artículo 15 de la ley, que solo se justifica como una instancia judicial para la revisión de los antecedentes entregados por la autoridad sanitaria. La norma en comento, en definitiva, no logra incorporar los estándares fijados por la Convención y las directrices entregadas por el Comité CDPD, posibilitando la vulneración de los artículos 15, 16 y 17 de la CDPD.

4. Consiguiente a lo analizado en los aspectos normativos respecto al acceso a la justicia, se puede concluir que el procedimiento judicial ante tribunales de familia, contenido principalmente en los artículos 14 y 15 de la ley, se establece para efectos de resguardar las condiciones fundantes de la hospitalización involuntaria y su posible arbitrariedad, lo cual no es suficiente para el cumplimiento cabal de los estándares de la Convención, en razón de no garantizar la participación efectiva en todas las etapas procesales, en igualdad de condiciones, considerando salvaguardas o ajustes en los procedimientos judiciales para las PcD. En este punto, cabe recordar que la hospitalización involuntaria importa una privación de libertad civil-administrativa que muchas veces se fundamenta en las condiciones de riesgo o peligrosidad o por motivos de discapacidad. Como se ha insistido, estos aspectos son contrarios a la CDPD y, por consiguiente, el acceso a la justicia (artículo 13 de la CDPD) se debe vincular con los principios generales de presunción de inocencia y debido proceso, lo cual obliga la creación o adaptación de procedimientos que ayuden, en especial a las PcD psicossocial e intelectual, a disponer de garantías y mecanismos judiciales, accesibles y universales, que permitan recurrir ante cualquier tipo de privación o amenaza de la libertad personal o seguridad individual y la reparación integral cuando se han violado los derechos humanos de las PcD. Independiente

de la falta de garantías judiciales, la ley no aborda otro aspecto fundamental para el acceso a la justicia, esto es, alguna referencia a la capacitación necesaria para los operadores de justicia que contribuya a la tutela judicial efectiva y resguardando la autonomía y capacidad jurídica de las PcD.

Bibliografía citada

- Almeida, María Eugenia (2019): “Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina”. [Disponible en: <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2020/06/GT-Estudios-criticos-discapacidad.pdf>]. [Fecha de consulta: 2 de agosto de 2022].
- Arenas, Andrea y Melo-Trujillo, Didier (2021): “Una mirada a la discapacidad psicosocial desde las ciencias humanas, sociales y de la salud”, en *Hacia Promoc. Salud* (Vol. 26, N.º 1), pp. 69-83.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) (s. f.): “Defining Criteria for Intellectual Disability”. [Disponible en: <https://www.aidd.org/intellectual-disability/definition>]. [Fecha de consulta: 12 de septiembre de 2022].
- Barrera, Álvaro (2021): “Toda ley de Salud Mental debe legislar sobre la hospitalización involuntaria, o no será efectiva”, en *Cuadernos Médicos Sociales (Chile)* (Vol. 61, N.º 1), pp. 55-59.
- Barrera, Álvaro y Parra, Manuel (2023): “Análisis Crítico de la Ley 21.331 ‘Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental’ y Algunas Propuestas Alternativas”, en *Cuadernos Médicos Sociales (Chile)* (Vol. 63, N.º 4), pp. 41-55.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN] (2021): “Historia de la Ley N.º 21.331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental”. [Disponible en: <https://www.bcn.cl/historiadelailey/nc/historia-de-la-ley/7866/>]. [Fecha de consulta: 23 de septiembre de 2022].
- Bustamante, Juan Antonio y Cavieres, Álvaro (2018): “Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos”, en *Revista Médica de Chile* (Vol. 146), pp. 511-517.

- Cuenca, Patricia (2018): *Sobre la privación de la libertad por motivos de discapacidad. La cuestión de los internamientos involuntarios* (Madrid, Editorial Dykinson).
- Erices, Samuel (2021): “Salud mental, una mirada desde los Derechos Humanos hacia la nueva Constitución”, en Núñez, I. (Ed.), *Ideas Centrales para la Nueva Constitución* (Valencia, Tirant lo Blanch) pp. 107-121.
- Espinoza, Merissa y Tenorio, Addison (2022). “Defining Disability: Creating a Monster?”. [Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhac019>]. [Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2023].
- Figueroa San Martín, Francisca (2017): “Internamientos involuntarios y tratamientos forzados en psiquiatría: Autonomía y no discriminación como estándar de derechos humanos”, en *Anuario de Derechos Humanos* (N.º 13), pp. 111-121.
- González, Matías *et al.* (2014): “Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo”. [Disponible en: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicacion/propuestas-para-chile-2014-capitulo-iii-avanzando-al-desarrollo-de-una-propuesta-de-ley-de-salud-mental-en-chile-marco-legislativo-de-promocion-y-proteccion-de-los-grupos-de-mayor-vulnerabilidad-y/>]. [Fecha de consulta: 5 de agosto de 2022].
- Lewis, Robyn y Batty, Evan (2022): “Evolving Perspectives on Disability, Stigma, and Discrimination”. [Disponible en: <https://doi-org.sibudp.idm.oclc.org/10.1093/oxford-hb/9780190093167.013.28>]. [Fecha de consulta: 19 de septiembre de 2023].
- Marshall, Pablo (2020): “El ejercicio de derechos fundamentales de las personas con discapacidad mental en Chile: Derecho Internacional, enfoques teóricos y casos de estudio”, en *Revista de Derecho* (Vol. 247), pp. 45-81.
- Marshall; Pablo, Iuspa, Carla y Godoy, Loreto (2023): “Nuevas regulaciones, mismos problemas: el consentimiento informado de niños, niñas y adolescentes en Chile tras la reforma a la Ley N.º 20.584”, en *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso* (N.º 60), pp. 37-59.
- Ministerio de Salud [Minsal] (2017): “Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025”. [Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/889>]. [Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2023].

ta: 2 de agosto de 2022].

Munster, Caroline (2023): “Disability Justice and the Americans with Disabilities Act: An Opportunity for Social Work”. [Disponible en: <https://doi-org.sibudp.idm.oclc.org/10.1093/sw/swad034>]. [Fecha de consulta: 8 de septiembre de 2023].

Noguero, Alexandra y Peregalli, Santiago (2021): “Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona”, en *Revista de Bioética y Derecho* (N.º 53), pp. 33-55.

Opgenhaffen, Tim (2022): “The Universal Right to Legal Capacity—Clearing the Haze”. [Disponible en: <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngac021>]. [Fecha de consulta: 11 de septiembre de 2023].

Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2001): “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF”. [Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf]. [Fecha de consulta: 7 de septiembre de 2022].

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022): Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. [Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>]. [Fecha de consulta: 7 de septiembre de 2022].

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

Ponce de León, Viviana (2023): “El derecho a la vivienda adecuada de las personas con discapacidad mental en Chile”, en *Estudios Constitucionales* (Vol. 21, N.º 2), pp. 35-65.

Shaylie, Pryer (2023). “The Connected Lives We Live: Autoethnographic Accounts of Disability, Mental Illness and Power”. [Disponible en: <https://academic.oup.com/bjsw/article/53/3/1525/6825422>]. [Fecha de consulta: 8 de septiembre de 2023].

Servicio Nacional de la Discapacidad [Senadis] (2023): “III Estudio Nacional de la Discapacidad 2022”. [Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/693/2004/iii_estudio_nacional_de_la_discapacidad]. [Fecha de consulta: 13 de marzo de 2024].

Servicio Nacional de la Discapacidad [Senadis] (2016): “II Estudio Nacional de la Discapa-

cidad 2015”. [Disponible en: <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/3959>]. [Fecha de consulta: 13 de septiembre de 2022].

Timpe, Kevin (2022). “Denying a Unified Concept of Disability”. [Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhac021>]. [Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2023].

Normas jurídicas nacionales

Ley N.º 21.331, Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Diario Oficial, 11 de mayo de 2021.

Decreto N.º 570, Aprueba reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. Diario Oficial, 14 de julio de 2001.

Circular N.º 6, Instruye sobre hospitalización involuntaria de personas afectadas por enfermedades mentales dejando sin efecto circular que indica. Diario Oficial, 21 de diciembre de 2021.

Normas jurídicas internacionales e informes

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Asamblea General de las Naciones Unidas, 13 de diciembre de 2006.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Comité CDPD] (2014): “Observación general N.º 1 Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley”. Doc. ONU, 11 de abril de 2014.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Comité CDPD] (2016): “Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile”. Doc. ONU, 21 de abril de 2016.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Comité CDPD] (2017a): “Informe del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”. Doc. Asamblea General de las Naciones Unidas, Septuagésimo segundo período de sesiones, Suplemento núm. 55.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Comité CDPD] (2017b): “Observación General núm. 5 sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”. Doc. ONU, 27 de octubre de 2017.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Comité CDPD] (2018): “Observación General núm. 6 sobre la igualdad y no discriminación”. Doc. ONU, 26 de abril de 2018.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Comité CDPD] (2019): “Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5 del Protocolo Facultativo, respecto de la comunicación núm. 17/2013”. Doc. ONU, 18 de octubre de 2019.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Comité CDPD] (2022): “Respuesta a la lista de cuestiones previa a la presentación de los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Chile (CRPD/C/CHL/QPR/2-4)”, *Versión Avanzada no Editada*. [Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/countries.aspx?CountryCode=CHL&Lang=SP]. [Fecha de consulta: 10 de marzo de 2024].

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Comité CDPD] (2023): “Jurisprudence Highlights. Petitions and Urgent Actions Section CRC 93 rd & 94th sessions, CRPD 29 th session, CEDAW 85th session”. [Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/hrbodies/treaty-bodies/jurisprudence/jurisprudence-highlights-2023-3-crc-crpd-cedaw.pdf>]. [Fecha de consulta: 2 de abril de 2024].

Jurisprudencia citada

Corte IDH: *Guachalá Chimbo y Otros Vs. Ecuador* (Fondo, Reparaciones y Costas), Sentencia de 26 marzo de 2021.

Corte IDH: *Ximenez Lopes Vs. Brasil* (Sentencia), 4 de julio de 2006.