

**Informe de Observaciones al Proyecto de Ley Boletín 10563-11/10755-11
DEL RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE
LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Y CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA**

Observaciones al Proyecto de Ley:

Flora Andrade Uribe. Enfermera y Docente universitaria.

Marcela Benavides Muñoz. Antropóloga, Directora de la Asociación Nacional de Usuarios de Servicios de Salud Mental (ANUSSAM) y Presidenta del Círculo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad (CIMUNIDIS).

Alberto Carvajal Aravena. Presidente Regional Metropolitano de Coordinadora de Organizaciones de Familiares, Usuarios y Amigos de personas con afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM).

Leonor Cifuentes Fernández. Abogada y Docente universitaria.

Erika Díaz Muñoz. Abogada experta en derechos de seguridad social y salud.

Carlos Graves Derpich. Secretario Nacional en Coordinadora de Organizaciones de Familiares, Usuarios y Amigos de personas con afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM).

Francisca Figueroa San Martín. Abogada especializada en salud mental y derechos humanos. Investigadora en el Observatorio de Violencia Institucional en Chile (OVIC).

Pablo Monares Barriga. Sociólogo especializado en salud mental, discapacidad y derechos humanos.

María Isabel Robles Meza. Asistente Social, experta en el trabajo con personas en situación de pobreza y exclusión. Directora Ejecutiva en Fundación Rostros Nuevos.

Redacción:

Francisca Figueroa San Martín. Abogada especializada en salud mental y derechos humanos. Investigadora en el Observatorio de Violencia Institucional en Chile (OVIC).

Revisión:

María Graciela Iglesias. Secretaria Ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental de la Nación Argentina.

Santiago de Chile, Julio de 2018.

TABLA DE CONTENIDOS

I. Introducción.....	3
II. Estándares de derechos humanos contenidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aplicables al ámbito de la salud mental.....	4
a. Modelo de derechos humanos en discapacidad y salud mental.....	4
b. Discapacidad Mental e Intelectual.....	6
c. Protección de derechos a personas usuarias de los servicios de salud mental.....	6
d. Capacidad jurídica y capacidad mental.....	7
e. Consentimiento libre e informado en salud mental como ejercicio de la capacidad jurídica.....	9
f. Prohibición absoluta a la privación de libertad por motivos de discapacidad.....	9
g. Protección contra la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes.....	10
h. Derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad.....	11
III. Recomendaciones al Estado de Chile aplicables al ámbito de la salud mental.....	11
a. Igual reconocimiento como persona ante la ley.....	11
b. Libertad y seguridad de la persona.....	12
c. Protección contra la tortura.....	13
d. Protección de la integridad personal.....	13
e. Salud.....	14
IV. Observaciones Generales al Proyecto de Ley.....	14
a. Ley de Salud Mental.....	14
b. Enfoque de derechos humanos.....	15
c. Participación.....	15
d. Internación involuntaria.....	16
e. Tratamientos involuntarios.....	16
f. Consentimiento libre e informado.....	17
g. Reconocimiento pleno a la capacidad jurídica.....	18
h. Derecho a asistencia letrada.....	18
i. Hospitales psiquiátricos.....	18
V. Observaciones Específicas al Proyecto de Ley.....	19
VI. Artículos que se solicita integrar al texto.....	40
a. Diagnóstico psiquiátrico.....	41
b. Apoyos para el ejercicio del consentimiento libre e informado.....	41
c. Reconocimiento pleno a la capacidad jurídica.....	42
d. Salvaguardias.....	42
e. Género.....	42
f. Derechos sexuales y reproductivos.....	42
g. Conductas agresivas.....	43
h. Investigación biomédica.....	43
i. Alternativas a la medicalización.....	44
j. Instituciones psiquiátricas.....	44

I. Introducción

El año 2008, el Estado de Chile ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD), suscribiendo un instrumento vinculante en materia de derechos humanos, obligándose a implementarlo mediante la armonización de leyes, políticas públicas y prácticas institucionales al actual modelo social de la discapacidad.

En el ámbito de la salud mental, aquel instrumento tiene profundas implicancias que significan un desafío para nuestro país, en orden a garantizar por una parte, el acceso al más alto nivel posible de salud física y mental¹, sin discriminación por motivos de discapacidad, y por otra parte, que en el ejercicio de tal derecho se resguarde la autonomía, libertad personal e integridad física y mental de la persona, de conformidad a los actuales estándares de derechos humanos que constituyen una evolución sin precedentes en el ámbito del derecho internacional.

En tal contexto, nuestro país se encuentra en una fase inicial de implementación de la Convención, marcada por el hito del examen ante el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en la ciudad de Ginebra, en el año 2016. Esta oportunidad, implicó una revisión exhaustiva por parte del grupo de expertos de Naciones Unidas (en adelante, el Comité), en relación a los avances y desafíos pendientes, siendo el ámbito de la salud mental y la discapacidad, uno de los aspectos donde se ha trazó un indubitable camino a seguir en materia de promoción y protección de derechos humanos².

Actualmente, se encuentra en proceso de discusión parlamentaria el “Proyecto de Ley sobre el Reconocimiento y Protección de las Personas con Enfermedad Mental, con Discapacidad Intelectual y con Discapacidad Psíquica”, el cual recoge dentro de sus objetivos el reconocer y garantizar los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental en nuestro país.

Por tal motivo, se presentan a continuación observaciones de la sociedad civil en relación a la adecuación de aquella iniciativa legislativa con los compromisos adquiridos por el Estado de Chile en la materia, con el objetivo de aportar al debate parlamentario desde el reconocimiento a la autonomía, igualdad de derechos y no discriminación de las personas con discapacidad y usuarias de los servicios de salud mental.

¹ Derecho a la Salud, consagrado en el art. 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y así también, en el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

² Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2016). *Observaciones finales sobre el Informe inicial de Chile*, CRPD/C/CHL/CO/1, párrafos 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 38, 41, 42, 53, 54.

II. Estándares de derechos humanos contenidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aplicables al ámbito de la salud mental.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad constituye el marco normativo más avanzado y específico aplicable tanto al ámbito de la discapacidad como al de la salud mental³. Hasta antes de su promulgación el año 2006, en el derecho internacional de los derechos humanos se encontraban permitidas las prácticas sanitarias que implicaran restricciones a la autonomía de las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, en base a un modelo de sustitución de su voluntad a criterio médico y de sus representantes⁴.

Hoy, aquel enfoque cambia radicalmente para anclarse en el reconocimiento pleno de la autonomía de la persona, su igualdad de derechos y no discriminación. De modo tal que, para contextualizar al lector en las observaciones al proyecto de ley indicado, se plantean algunas claves para entender el cambio de paradigma sociojurídico consagrado en el siglo XXI.

a. Modelo de derechos humanos en discapacidad y salud mental

Hasta antes de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad se entendía desde un modelo biomédico, como una enfermedad o minusvalía propia de la persona. Desde ese prisma, se enfocaban los esfuerzos de la sociedad en mejorar su situación desde el tratamiento o rehabilitación, con el objetivo de “normalizar” a la persona en relación a las otras, haciendo uso de intervenciones médicas y científicas para tal efecto⁵.

Hoy, de conformidad a lo dispuesto en el preámbulo de la CDPD (letra e), la discapacidad se aborda desde un modelo de derechos humanos. Pasa a entenderse como “*un concepto que evoluciona y que resulta 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*”. Es decir, no como una característica de la persona sino como una construcción social, un resultado de interacciones entre quien presenta impedimentos de largo plazo –en este caso,

³ Figueroa San Martín, F. (2017). Internamientos involuntarios y tratamientos forzados en psiquiatría. Autonomía y no discriminación como estándar de derechos humanos. *Anuario de Derechos Humanos*, N^o 13, pp. 111-121.

⁴ Ejemplo de esto son los “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” adoptados el año 1991 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁵ Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.

mentales o intelectuales- y un entorno social incapacitante, que obsta su ejercicio de derechos en igualdad de condiciones con las demás personas.

Así, en el concepto de derechos humanos se asigna un rol fundamental a las barreras actitudinales y del entorno en la generación de discapacidad en las personas. Siendo la interacción, pertenencia y/o vivencia en contextos de pobreza un factor adicional de vulnerabilidad que incrementa el riesgo de exclusión social tanto de las personas con discapacidad, como también de sus familias.

La prevalencia entre discapacidad, pobreza y deterioro en la salud mental no es azarosa, así lo muestra la evidencia indicando que las personas y familias más pobres, enfrentadas a diario a profundas dificultades de vida, tienen un mayor riesgo de deterioro en su salud mental, como resultado de factores biopsicosociales cuya interacción y complejidad en contextos de mayor vulnerabilidad social, favorecen una mala calidad de vida y baja sensación de bienestar⁶. Concretamente en Chile, existen cerca de 300 mil personas con discapacidad psíquica y/o intelectual, de las cuales al menos el 40% se encuentra en situación de pobreza monetaria y/o multidimensional, de conformidad a los datos entregados por la encuesta CASEN 2015.

Si a lo anterior, sumamos la carencia en el acceso a tratamientos de salud y apoyos para el ejercicio de derechos en tal contexto, se produce una situación de aislamiento social, generando un círculo vicioso de doble exclusión y vulneración, que empobrece aún más, tanto a las personas con discapacidad como a sus familias, y cronifica el deterioro en la salud mental.

Así, desde un enfoque de derechos humanos, la salud mental antes de ser un problema médico o científico, constituye un asunto de dignidad, justicia social y derechos humanos⁷. Se abandona el modelo biomédico precisamente porque se trata de un modelo que históricamente ha habilitado terreno a vulneraciones a la dignidad, autonomía, libertad personal e integridad física y mental de las personas⁸, proponiéndose la abolición de las prácticas coercitivas en salud mental y su reemplazo por apoyos para la toma de decisiones, el cierre de las instituciones de atención segregadas en salud mental y su reconversión en servicios basados en la comunidad que favorezcan la inclusión social, y la participación protagónica de las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios en sus procesos e recuperación.

⁶ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017), Salud Mental y Derechos Humanos, A/HRC/34/32, párrafo 13.

⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017), Salud Mental y Derechos Humanos, A/HRC/34/32, párrafo 34.

⁸ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017), Salud Mental y Derechos Humanos, A/HRC/34/32, párrafo 11; Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2017), A/HRC/35/21, párrafos 8, 11.

Hoy, el desafío en materia de derechos humanos consiste en identificar las barreras que obstan a la persona el ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones con las demás, en removerlas, y en realizar ajustes razonables y entregar apoyos que les permitan vivir una vida plena y sin discriminación en todos los ámbitos, incluyendo el ámbito de la toma de decisiones y recuperación en salud mental.

b. Discapacidad Mental e Intelectual

Discapacidad mental y discapacidad intelectual son conceptos diferentes. Si bien la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, y la legislación chilena, homologan ambos fenómenos a través del concepto de discapacidad mental, es preciso distinguirlos –tal como lo hace la CDPD–, ya que se trata de realidades distintas.

En ambos casos, la discapacidad surge como resultado de la interacción de una persona con una deficiencia o impedimento a largo plazo, y un entorno cargado de barreras actitudinales o del entorno, que obstan su ejercicio de derechos en igualdad de condiciones. En el caso de la discapacidad mental, la deficiencia o impedimento se sitúa en el ámbito psíquico y emocional de la persona, y en la discapacidad intelectual, en el ámbito cognitivo y del razonamiento abstracto. A modo de ejemplo, en la discapacidad mental o psicosocial se vincula habitualmente a las personas con diagnósticos psiquiátricos, y en la intelectual, a quienes presentan déficits de coeficiente intelectual o condiciones como trisomía del par 21.

Ambos grupos de personas son sujetos plenos de derechos, gozan de idéntico status jurídico al de cualquier otra que no presente aquellas condiciones. Aquel reconocimiento es una de las novedades de la CDPD, cuyo contenido es fruto de un proceso de negociaciones inclusivo en el cual se involucraron activamente las organizaciones de la sociedad civil a través de la conformación del Caucus de la Discapacidad, en el cual estuvieron representadas activamente las voces tanto de las personas con discapacidad mental como intelectual.

c. Protección de derechos a personas usuarias de los servicios de salud mental

Es necesario precisar que no toda persona con diagnóstico psiquiátrico es una persona en situación de discapacidad mental, y no toda persona que presente déficits cognitivos o intelectuales se encontrará en situación de discapacidad intelectual. Lo será en la medida en que interactúe con barreras que obstan su ejercicio de derechos en igualdad de condiciones con las demás personas. Prueba de esto es que la prevalencia de la discapacidad mental se duplica en la pobreza, y en el caso de la

discapacidad intelectual se triplica, de acuerdo a las constataciones que se han hecho en nuestro país⁹.

Por tal motivo, la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en su informe sobre Salud Mental y Derechos Humanos¹⁰, de conformidad al principio pro persona, hizo extensivos y aplicables los estándares contenidos en la CDPD a aquellas personas que sin encontrarse aún en situación de discapacidad, son usuarias de los servicios de salud mental o enfrentan problemas de salud mental. Por lo tanto, es a todo aquel círculo de personas usuarias o potencialmente usuarias de los servicios de salud mental, tanto públicos como privados, a quienes ampara el reconocimiento de derechos humanos contenido en la CDPD.

d. Capacidad jurídica y capacidad mental

Entrando en el contenido de fondo de los estándares, el art. 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad contiene el derecho al Igual reconocimiento como persona ante la Ley. Esto implica, el reconocimiento pleno a la capacidad jurídica de la persona. Siendo la capacidad jurídica, la capacidad de ser titular de derechos y obligaciones, y de actuar en cuanto sujeto de derechos¹¹. Contempla dos dimensiones, una estática, el ser titular de derechos y obligaciones, y otra dinámica, el ejercicio efectivo de aquellos derechos y obligaciones en la vida social¹².

A las personas con discapacidad mental e intelectual, en razón de su condición, históricamente se les ha negado este reconocimiento como sujetos plenos de derecho, entregándose a terceros el elemento dinámico de su capacidad jurídica, es decir, el ejercicio efectivo de sus derechos, la toma de decisiones en relación a sus vidas, mediante un modelo jurídico de tutela y sustitución de su voluntad.

Se ha justificado que esto opera con el objetivo de proteger a la persona –que atendida su condición, tendría una aptitud deficiente para tomar decisiones, o tomará decisiones negativas o insuficientes-, sin embargo, las organizaciones de personas con discapacidad que abogaron por sus derechos durante el proceso de negociaciones de la CDPD en Naciones Unidas, insistieron en que es precisamente la negación de su

⁹ Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. (2014). *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile*. Santiago

¹⁰ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017), *Salud Mental y Derechos Humanos*, A/HRC/34/32.

¹¹ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014). *Observación general sobre el artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley*. CRPD/C/11/4, párrafo 11.

¹² Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Ediciones Cinca.

capacidad jurídica lo que las expone a ser vulneradas en sus derechos, al depender de otras personas que tienen el poder de decidir respecto a sus vidas¹³.

En el modelo de derechos humanos esto cambia radicalmente, se consagra el reconocimiento pleno a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, esto implica que se vuelven auténticas protagonistas de sus vidas, reconociéndose el derecho a tomar sus propias decisiones y ejercer personalmente sus derechos en todos los ámbitos de la vida.

Para dar cumplimiento a esto, el Estado se ha obligado a derogar toda la normativa existente en nuestra legislación que permita la sustitución de la voluntad de las personas con discapacidad -mediante figuras de curadores, representantes legales, tutores, u otros-, y a implementar un modelo de apoyo a la toma de decisiones y salvaguardias, con el objetivo de resguardar sus derechos, voluntad y preferencias.

Esto implica hacer una importante distinción, puesto que capacidad jurídica y capacidad mental no son lo mismo. Y no obstante el igual reconocimiento de la persona ante la ley, efectivamente las personas pueden encontrarse en situaciones o estados vitales en que se vea afectada su capacidad funcional para la toma de decisiones y ejercicio de derechos. La capacidad mental es eso, 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”¹⁴.

En el actual modelo de derechos humanos se prevee esta situación, y se establece como estándar que los déficits que pueden afectar a la persona en su capacidad mental, sean aparentes o reales, sean transitorios o permanentes, no pueden justificar el negar su capacidad jurídica. Por muy disminuida que se encuentre la capacidad mental de una persona, no puede negarse su condición como sujeto pleno de derechos, sino por el contrario, deben proporcionarse a la persona todos los apoyos necesarios para la toma de decisiones. Y en el caso extremo, de no poder manifestar o identificarse su contenido, debe considerarse cuál sería la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona.

En el ámbito de la salud mental, existen instrumentos como las Declaraciones de Voluntad Anticipadas y los Planes de Intervención en Crisis, en que la persona deja constancia de cuál sería su voluntad y preferencias en relación a los tratamientos y cuidados en salud, en el evento de no poder manifestarlo en el futuro. Se trata de instrumentos útiles que favorecen el ejercicio de la capacidad jurídica de la persona y resguardan el contenido de su voluntad.

¹³ *Ibíd.*; Fernández, M. (2010). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Revista de Derechos Humanos - defensor*, 11, pp.10-17.

¹⁴ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2014). *Observación general sobre el artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley*. CRPD/C/11/4, párrafo 12.

e. Consentimiento libre e informado en salud mental como ejercicio de la capacidad jurídica

El art. 25 de la CDPD consagra el derecho a la salud sin discriminación por motivos de discapacidad. En el ámbito del proyecto de ley que se comenta, el Estado se obliga a garantizar el acceso a atención de la misma calidad que reciben las demás personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado, debiendo generar toma de conciencia y capacitar a los agentes de los servicios en el enfoque de derechos humanos.

Este consentimiento libre e informado implica un ejercicio de la capacidad jurídica de la persona en el ámbito de toma de decisiones en relación a su propio cuerpo, mente y salud, e implica no sólo el derecho a aceptar el tratamiento propuesto, habiéndose comprendido sus posibles efectos secundarios y riesgos asociados, sino también el derecho a rechazar el tratamiento de conformidad a su voluntad y preferencias¹⁵.

f. Prohibición absoluta a la privación de libertad por motivos de discapacidad

El art. 14 de la CDPD resguarda el derecho a la libertad y seguridad de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás. El proyecto de ley debe observarse en estricta relación a este derecho, toda vez que prohíbe de forma categórica y absoluta que las personas con discapacidad sean privadas de libertad de manera arbitraria o ilegal, no pudiendo justificarse la privación de libertad por la existencia de una discapacidad, resguardando este derecho de conformidad a las normas generales del debido proceso y otros estándares de derechos humanos aplicables en el marco de procesos judiciales.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha evidenciado el alcance indubitado respecto a este artículo, que prohíbe de manera absoluta la internación involuntaria, aún cuando ésta se vincule a criterios de peligrosidad o necesidad de tratamiento, dejando constancia que a las personas con discapacidad mental e intelectual habitualmente se les atribuye la etiqueta de peligrosidad en razón de su condición, o cuando manifiestan su derecho a rechazar un tratamiento. Esto corresponde a un trato discriminatorio, que se aplica en razón de la condición de la persona, y por tanto, la restricción de su libertad en base a tales argumentos, de conformidad a lo indicado expresamente por el Comité, constituye una privación de libertad arbitraria¹⁶.

¹⁵ Minkowitz, T. (2007). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Right to Be Free from Nonconsensual Psychiatric Interventions. *Syracuse Journal of International Law and Commerce*. Vol. 34, N^o2, pp. 405-428; Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2017), A/HRC/35/21, párrafo 63.

¹⁶ Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015). *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with*

En la misma línea, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, constató que los criterios de peligrosidad y necesidad médica no se encuentran respaldados empíricamente, basándose en prejuicios y discriminaciones en atención a la discapacidad o condición de salud de las personas. En tal sentido, indicó que “es preciso adoptar medidas inmediatas para reducir radicalmente la coacción en el ámbito médico y facilitar la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos e internamientos forzosos”¹⁷.

g. Protección contra la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes

El art. 15 de la CDPD consagra el derecho de la persona a ser protegido contra la tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, prohibiéndose expresamente que las personas con discapacidad sean sometidas a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento.

De conformidad a la interpretación y aplicación que ha realizado tanto el Relator Especial de Naciones Unidas contra la Tortura¹⁸, como el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁹, las prácticas que se desarrollan en los contextos terapéuticos, y particularmente en el ámbito psiquiátrico, en la medida en que se realicen sin el consentimiento de la persona, sustituyendo su voluntad aún mediante una justificación terapéutica, constituyen una discriminación por su condición y pueden llegar a constituir tortura, en la medida en que concurren los demás elementos contenidos en el art. 1 de la Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

De acuerdo a lo planteado por el Relator ya referido y la Asociación para la Prevención de la Tortura²⁰, son prácticas que pueden llegar a constituir tortura y que se despliegan en los contextos de atención en salud mental las siguientes: psicocirugía, terapia electroconvulsiva, contención mecánica, contención química, esterilización, aislamiento, inmovilización prolongada, administración de neurolépticos y sobremedicación.

disabilities, párrafos 13, 14, 15; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017), *Salud Mental y Derechos Humanos*, A/HRC/34/32, párrafos 29, 30, 31.

¹⁷ Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2017), A/HRC/35/21, párrafo 65.

¹⁸ Relator sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2008). *Informe provisional del relator sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. A/63/175; (2013) *Informe del relator sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. A/HRC/22/53.

¹⁹ Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015). *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities*, párrafo 12.

²⁰ Op. Cit.; Asociación para la Prevención de la Tortura (2016), *Monitoreo de Instituciones Psiquiátricas*, Ginebra.

h. Derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad.

El art. 19 de la CDPD reconoce el derecho a vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad, garantizando entre otras cosas, el derecho de la persona a elegir su lugar de residencia, el con quien vivir, y a no verse obligada a vivir de acuerdo a un sistema de vida específico, contando con servicios de apoyo comunitarios.

Esto implica en específico y en relación al proyecto que se comenta, que los regímenes de institucionalización forzada de las personas con discapacidad son contrarios a los actuales estándares de derechos humanos, por cuanto niegan su capacidad jurídica en la toma de decisiones en relación a su inclusión social y vida en comunidad²¹.

III. Recomendaciones al Estado de Chile aplicables al ámbito de la salud mental.

Complementando lo anterior y previo al análisis en relación al proyecto de Ley, se exponen las observaciones literales que el grupo de expertos de Naciones Unidas realizó al Estado de Chile en abril del año 2016, vinculadas al ámbito de la salud mental, con el objetivo de visibilizar las principales barreras en el ejercicio de derechos que enfrentan hoy las personas con discapacidad mental y usuarias de los servicios en nuestro país, los lineamientos y recomendaciones a seguir²²:

a. Igual reconocimiento como persona ante la ley

Al Comité le preocupa la vigencia del Código Civil de 1857 que establece la incapacidad legal de personas con discapacidad, así como de la Ley núm. 18.600 que regula el proceso de declaratoria de interdicción con base en la certificación de un psiquiatra.

El Comité solicita al Estado parte que derogue toda disposición legal que limite parcial o totalmente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad adultas, y adopte medidas concretas para establecer un modelo de toma de decisiones con apoyo que respete la autonomía, voluntad y preferencias de las

²¹ *Ibíd.*, párrafo 9.

²² Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (2016). *Observaciones finales sobre el Informe inicial de Chile*, CRPD/C/CHL/CO/1.

personas con discapacidad, en armonía con el artículo 12 de la Convención y la observación general núm. 1 (2014) del Comité.

Al Comité le preocupa que las personas con discapacidad 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, tal como se dispone en el artículo 15 de la Ley núm. 20584.

El Comité recomienda al Estado parte que revise y derogue las disposiciones que restringen el consentimiento libre e informado de todas las personas con discapacidad, incluyendo las que se encuentran declaradas interdictas y están bajo tutela, o quienes se encuentren institucionalizadas, y se adopten las regulaciones necesarias para el pleno ejercicio del consentimiento libre e informado, para actuar en todo tipo de intervenciones médicas o científicas.

b. Libertad y seguridad de la persona

Al Comité le preocupa el criterio de “peligrosidad” utilizado para determinar la privación de libertad con base en la presencia real o percibida de una discapacidad psicosocial. Asimismo le preocupa el elevado número de personas declaradas inimputables que son internadas durante períodos prolongados en los hospitales psiquiátricos, en su mayoría en el Hospital Philippe Pinel en Putaendo, y la espera injustificada y prolongada para que las causas de internamiento sean revisadas por un juez, lo cual viola las garantías del debido proceso.

El Comité recomienda al Estado parte que revise el criterio de peligrosidad que determina el internamiento forzado en centros psiquiátricos. Asimismo le recomienda revisar y reformar su Código Penal con el objeto de proteger efectivamente las garantías del debido proceso de las personas con discapacidad, particularmente con discapacidad psicosocial y/o intelectual, proporcionando los apoyos que requieran durante los procesos judiciales, considerando el género y la edad.

Al Comité le preocupa el internamiento de personas en hospitales psiquiátricos u otro tipo de centros residenciales de larga estadía, por motivo de deficiencia, a requerimiento de la familia y sin el consentimiento libre e informado de la persona afectada.

El Comité recomienda al Estado parte que **prohíba la institucionalización forzada por motivo de la discapacidad.**

c. Protección contra la tortura

El Comité se encuentra profundamente preocupado 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.

El Comité recomienda al Estado parte la prohibición explícita de prácticas consideradas “disciplinarias” o “correctivas” contra las personas con discapacidad psicosocial internadas en centros psiquiátricos públicos y privados u otros de privación de libertad. Asimismo, solicita que se inicien procesos de investigación sobre los hechos denunciados, con el fin de establecer las responsabilidades administrativas y penales correspondientes. Igualmente solicita que **se anule la Regulación Exenta 656 del Ministerio de Salud (2002)²³, se revise el mandato de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y se asegure que la Comisión ejerza funciones de prevención y protección de tales derechos, en línea con la Convención.**

d. Protección de la integridad personal

Preocupa al Comité que en el Estado parte se sigan practicando esterilizaciones sin consentimiento libre e informado a personas con discapacidad, en su mayoría mujeres y niñas, con tan solo una solicitud de familiar o tutor, así como las evidencias de que esta es una práctica frecuente entre personas con discapacidad psicosocial ingresadas en los centros psiquiátricos.

El Comité solicita al Estado Parte que revise la Ley núm. 20584 y el Decreto 570, **garantizando sin excepción el consentimiento libre e informado de personas con discapacidad**, incluyendo de aquellas declaradas interdictas, **como requisito indispensable para toda intervención quirúrgica o tratamiento médico, particularmente los de carácter invasivo y aquéllos con efectos irreversibles tales como la esterilización y las cirugías a niños y niñas intersex.**

²³ La Resolución Exenta N° 656 del Ministerio de Salud, es aquella que “Regula la aplicación de la técnica de psicocirugía o cirugía aplicada al tejido cerebral”, en cuyos considerandos iniciales indica lo siguiente: 1º Que este tipo de técnica quirúrgica ha sido considerada un procedimiento de carácter invasivo e irreversible en el tratamiento de las enfermedades de carácter psiquiátrico. 2º Que no existe suficiente evidencia científica ni completo consenso universal acerca de la adecuada relación que debe existir entre los eventuales beneficios y perjuicios que pudiere significar para el enfermo. 3º Que a nivel internacional se han planteado importantes controversias respecto a los aspectos éticos incorporados en su aplicación. 4º Que a este procedimiento se le atribuye una capacidad potencial de aliviar síntomas, solamente en trastornos depresivos resistentes mayores y trastornos obsesivo compulsivos refractarios a tratamiento.

e. Salud

Al Comité le preocupa que la política de salud mental refleje el modelo médico de la discapacidad y que el personal médico en este campo no esté capacitado acerca de los derechos de las personas con discapacidad.

El Comité recomienda al Estado parte que **adopte una política relativa a la salud mental, fundamentada en el respeto de los derechos humanos, involucrando a las organizaciones que representan a las personas con discapacidad**, particularmente discapacidad psicosocial. También le recomienda que capacite al personal médico y terapéutico acerca de los derechos de las personas con discapacidad.

IV. Observaciones Generales al Proyecto de Ley

Visibilizados los estándares mínimos necesarios para valorar si el proyecto de ley indicado se ajusta al enfoque de derechos humanos y constituye un avance en la implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, a continuación se hacen algunas observaciones generales en relación a su contenido.

a. Ley de Salud Mental

Chile nunca ha tenido una ley de salud mental. La normativa que regula las prácticas hospitalarias en psiquiatría y de atención en salud mental se encuentra disgregada, desorganizada, consistiendo parte importante de esta en decretos e instrumentos de orden administrativo, incluso en resoluciones exentas, por lo que en la actualidad no existe un cuerpo jurídico organizado con rango legal que resguarde efectivamente los derechos de las personas y limite la intervención del poder del Estado en este ámbito, en que se ve afectada la libertad personal e integridad física y mental de las personas. En tal sentido, se valora como positiva la iniciativa parlamentaria en orden a regular este tema.

Sin embargo, advertimos que la iniciativa carece de una aproximación razonable a los compromisos asumidos por el Estado de Chile en la materia, y que encontrándose nuestro país ya en proceso de implementación de la CDPD, la aprobación de este proyecto de ley en los términos actuales contradice los desafíos asumidos y lineamientos ya trazados en materia de derechos humanos.

En su tenor literal, el proyecto de ley reproduce las barreras ya existentes que enfrentan las personas con discapacidad en relación a la atención en salud mental.

b. Enfoque de derechos humanos

Se hace necesario, de conformidad al modelo de derechos humanos en discapacidad y la comprensión no medicalizante de ésta, que la futura legislación en salud mental para nuestro país no se restrinja únicamente al ámbito de la intervención sanitaria. Entendemos que el proyecto de ley tiene por objetivo regular ese punto en específico, sin embargo, es necesario que forme parte del debate parlamentario el hecho de que la salud mental no es sólo un asunto médico ni científico, sino ante todo, un asunto de dignidad, justicia social y derechos humanos²⁴.

Estimamos que el proyecto de Ley en comento y la discusión parlamentaria, se ha centrado en aspectos médicos, epidemiológicos, y de cobertura de los servicios de salud, utilizando un lenguaje patologizante y propio del modelo biomédico de atención, en ocasiones peyorativo, lo cual se refleja en el contenido del texto.

Desde una perspectiva de derechos humanos, es necesario reenfocar el esfuerzo legislativo en la superación de los modelos biomédicos para abordar la salud mental y la discapacidad, enfocando la discusión pública en el reconocimiento a la diversidad, la implementación de modelos de apoyo a la toma de decisiones, de salvaguardias para el resguardo de la voluntad y preferencias de las personas, en el fortalecimiento a la atención de salud mental en servicios comunitarios, y la promoción de servicios no medicalizantes de recuperación.

c. Participación

El proyecto de ley adolece de un vicio de legitimidad, al haberse motivado y discutido ampliamente, sin la participación de las organizaciones de la sociedad civil que representan a las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental.

En el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la participación activa de las personas con discapacidad en todo ámbito que afecte sus derechos, constituye un elemento de legitimidad esencial.

En tal sentido, se hace necesario abrir la discusión a la participación activa de aquellas voces y a la construcción de un proyecto que reconozca su expertiz, donde sean las propias personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios, las protagonistas en sus procesos de inclusión social y recuperación de su bienestar en salud mental.

²⁴ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2017), Salud Mental y Derechos Humanos, A/HRC/34/32.

d. Internación involuntaria

Consideramos necesario reenfocar el esfuerzo legislativo. En los términos planteados actualmente, el proyecto de ley establece resguardos de carácter procedimental para la práctica de internación involuntaria en psiquiatría.

Desde la perspectiva de derechos humanos, estimamos que los esfuerzos deben concentrarse en una estrategia legal que avance decididamente hacia el resguardo del derecho a la salud mental, anclado en la erradicación de las prácticas involuntarias y coercitivas.

Esto implica prohibir la internación psiquiátrica involuntaria y promover formas de acompañamiento no coercitivas, ancladas en el establecimiento de apoyos para el ejercicio del consentimiento libre e informado, y el debido resguardo a la voluntad y preferencias de la persona.

e. Tratamientos involuntarios

Se hace necesario que la nueva legislación avance hacia la promoción del ejercicio del consentimiento libre e informado en la toma de decisiones en relación a los tratamientos propuestos en salud mental, y que con el objetivo de resguardar la integridad física y mental de las personas, se prohíban expresamente aquellos tratamientos e intervenciones involuntarias que entran en el ámbito de protección contra la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Sugerimos la prohibición de procedimientos sin consentimiento que tienen carácter **invasivo o irreversible**, prohibiendo expresamente la esterilización no consentida en mujeres y niñas con discapacidad, y la práctica de psicocirugías, de conformidad a las recomendaciones expresas del Comité.

La prohibición de la **terapia electroconvulsivante** no consentida, ya que actualmente la utilización que se hace en nuestro país de este procedimiento dista ampliamente a los estándares de derechos humanos. Consta en datos oficiales recogidos por el Ministerio de Salud²⁵, que en el año 2015, en un 85,7% de los casos este procedimiento se aplicó sin consentimiento de la persona a quien afecta, que se aplica actualmente en grupos en situación de vulnerabilidad, como son las niñas, niños y adolescentes, y las mujeres embarazadas, y que se aplica en un cúmulo amplio de condiciones de salud en los que su efectividad no se encuentra respaldada por la literatura, o derechamente se encuentra desaconsejado por las guías internacionales, advirtiéndose además por el Comité, la vigencia en su uso como mecanismo de disciplinamiento y control conductual en Chile. A esto se suma, la vasta documentación recogida en relación a la experiencia traumática de las personas en quienes se aplica la terapia electroconvulsivante sin su consentimiento, cuestión que ha llevado al Relator Especial sobre la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o

²⁵ Ministerio de Salud. Departamento de Salud Mental (2017). Norma Técnica de Terapia Electroconvulsiva – actualización 2017. Reunión de expertos jueves 06 de abril de 2017 y lunes 22 de mayo de 2017.

degradantes, a hacerse cargo en específico de este procedimiento en sus informes del año 2008 y 2013, sobre salud y discapacidad²⁶.

La prohibición del **aislamiento, incomunicación, coacción, castigo y las medidas de contención mecánica y química**, por cuanto estas medidas, tal como ha quedado registrado en las observaciones del Comité al Estado de Chile, aún se utilizan en algunos casos como forma de disciplinamiento y control conductual. En los datos oficiales del Ministerio de Salud, consta el incremento del uso de estas prácticas forzadas en los últimos años, registrándose desde el año 2004 su uso en un 17,8% de las personas internadas, y en el año 2012, en un 26,1% de los casos²⁷.

En Chile, consta en la propia Norma Técnica sobre Contención en Psiquiatría (2003), la utilización de estas prácticas en supuestos vagos e imprecisos, entre los cuales se encuentran las categorías de “conducta inapropiada” o “inquietud”, lo que abre paso a vulneraciones graves al derecho a la integridad física y mental de las personas en el contexto psiquiátrico, careciendo de un piso básico de resguardo ante la arbitrariedad institucional.

Se trata de prácticas que hoy están siendo observadas por los organismos de derechos humanos desde la perspectiva de la prevención contra la tortura²⁸, y respecto de las cuales derechamente se ha instado a su prohibición, como es el caso específico del aislamiento, atendida la vasta documentación que existe respecto a sus efectos perjudiciales para la integridad física y mental de las personas²⁹.

f. Consentimiento libre e informado

Debe incorporarse en la ley el resguardo sin excepción del derecho a ejercer el consentimiento libre e informado en la toma de decisiones en salud mental.

Se sugiere que la ley contemple un artículo relativo al primer momento en que la persona ingresa como usuaria a un servicio de salud mental, sea público o privado, ambulatorio u hospitalario, con el objetivo de establecer la obligación del servicio de integrarla a un plan de consentimiento libre e informado, como parte de un proceso permanente de acceso a información transparente en relación a los tratamientos disponibles atendida su condición.

Sugerimos que parte de ese proceso de consentimiento informado en la toma de decisiones en salud mental, contemple la preparación de intervención en casos de crisis psicoemocional y el registro de su voluntad y preferencias en relación a los tratamientos disponibles mediante declaraciones de voluntad anticipadas, con el

²⁶ Relator sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2008). *Informe provisional del relator sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. A/63/175, párrafo 61.

²⁷ Ministerio de Salud, (2014). *WHO-AIMS sobre Evaluación del Sistema de Salud Mental de Chile*. Segundo Informe. Santiago de Chile.

²⁸ Asociación para la Prevención de la Tortura. (2016). *El Monitoreo de las Instituciones Psiquiátricas*. Informe Final. Ginebra.

²⁹ Simposio Internacional sobre el trauma psicológico. (2007) *Declaración de Estambul sobre la utilización y los efectos de la reclusión en régimen de aislamiento*. Estambul.

objetivo de que la persona pueda dejar registro del contenido su voluntad en el evento de tener en algún momento futuro afectada su capacidad mental.

Sugerimos que la persona en este proceso designe uno o más acompañantes de confianza para la toma de decisiones en salud mental, cuyos datos de contacto queden incorporados en su ficha clínica, con el objetivo de anticipar posibles alternativas de apoyo, consulta y sondeo de su voluntad, en el evento de que en un futuro la persona no pueda manifestarlo.

Se sugiere que en caso de no existir una persona en quien confiar tal labor, se asigne un acompañante terapéutico de oficio, inscrito en el establecimiento previa formación en el enfoque de derechos humanos en discapacidad y salud mental.

g. Reconocimiento pleno a la capacidad jurídica

La Ley debe explicitar el alcance de los derechos que reconoce, a las personas que están sujetas a interdicción o curaduría, a medidas de seguridad penales o institucionalizadas, de acuerdo a las recomendaciones expresas del Comité, con el objeto de resguardar la voluntad y preferencias de las personas que hoy permanecen sujetas a regímenes formales o judiciales de tutela.

h. Derecho a asistencia letrada

Debe establecerse una defensa especializada en el enfoque de los derechos de las personas con discapacidad, que obre como mecanismo de apoyo a la capacidad jurídica de la persona internada, que tenga no sólo las facultades de solicitar la intervención de la Corte de Apelaciones de conformidad al art. 21 de la Constitución Política de la República en casos que no se cumpla con los supuestos legales, sino facultades amplias para denunciar si la persona está sufriendo malos tratos al interior del establecimiento, para asistirle en los trámites que pueda requerir, visitarla periódicamente y entrevistarle en privado, solicitar su egreso y traslado hasta el lugar de recuperación que la persona consienta.

i. Hospitales psiquiátricos

Debe incorporarse un artículo que establezca un compromiso hacia el cierre de los hospitales psiquiátricos, fijando un plazo razonable y progresivo hasta de 10 años, como expresión de voluntad política y decisión del Estado para el efectivo avance en el fortalecimiento del modelo comunitario y el cierre de las instituciones de atención en salud mental segregadas.

V. Observaciones Específicas al Proyecto de Ley

A continuación, hacemos observaciones, valoraciones, propuestas y sugerencias específicas al Proyecto de Ley y sus disposiciones.

PROYECTO DE LEY:

“DEL RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL, CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y CON DISCAPACIDAD PSÍQUICA

Comentarios al título: Nos parece necesario que la ley abandone la terminología propia del modelo biomédico de atención en salud mental. En tal sentido, sugerimos que se use un lenguaje de derechos humanos en todo el cuerpo legal, comenzando por el título.

Redacción propuesta: *DEL RECONOCIMIENTO Y PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL*

Título I Disposiciones generales

Artículo 1.- Esta ley tiene por finalidad reconocer y garantizar los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, con discapacidad intelectual o con discapacidad psíquica, en especial, su derecho a la libertad personal, a la integridad física y psíquica, al cuidado sanitario y a la inclusión social y laboral.

El pleno goce de los derechos humanos de estas personas se garantiza en el marco de los instrumentos internacionales de derechos humanos vigentes. Estos instrumentos constituyen fuente de los derechos fundamentales que a continuación se reconocen a todas las personas con enfermedad mental, discapacidad intelectual o discapacidad psíquica.

La salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y componente del bienestar general.

Esta ley se aplicará a todos los servicios públicos o privados, cualquiera que sea la forma jurídica que tengan.

Comentarios: Nos parece necesario que la ley abandone la terminología propia del modelo biomédico de atención en salud mental. En tal sentido, sugerimos que se use el lenguaje propuesto en el informe sobre Salud Mental y Derechos Humanos del Alto

Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, distinguiendo como sujetos de protección a las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, eliminando la aproximación patologizante en relación a la diversidad y sufrimiento en el ámbito psíquico.

Así mismo, que todo el marco de derechos que se reconocen en el texto, se enmarque en los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Redacción propuesta: Esta ley tiene por finalidad reconocer y garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, en relación a su atención tanto en servicios públicos como privados de salud mental, teniendo presente el igual reconocimiento como persona ante la ley, el derecho a la libertad personal, a integridad física y psíquica, y al acceso a la atención como derecho humano reconocido.

La salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho social y componente del bienestar general.

Artículo 2.- Para los efectos de esta ley se entenderá por enfermedad o trastorno mental una condición mórbida que sobreviene a 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.

Persona con discapacidad intelectual o psíquica es aquella que, teniendo una o más deficiencias mentales, 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.

La enfermedad o la discapacidad de que trata esta ley puede ser transitoria o permanente, lo que será definido con criterios clínicos y supervisado por la autoridad competente, cuando lo requiera el paciente o su representante legal.

Para el diagnóstico de la enfermedad o de la discapacidad se debe tener presente que la salud mental está determinada por factores culturales, históricos, socio-económicos y biológicos que suponen una dinámica de construcción social esencialmente evolutiva.

Comentarios: En el mismo sentido al artículo anterior, es necesario reemplazar el lenguaje biomédico por la terminología de derechos humanos.

Redacción propuesta: Para los efectos de esta ley se entenderá por salud mental, un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su

comunidad. En el caso de niños, niñas y adolescentes, la salud mental consiste en la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento y bienestar psicológico.

La salud mental está determinada por factores culturales, históricos, socio-económicos, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una construcción social esencialmente evolutiva y vinculada a la concreción de derechos humanos y sociales.

Persona con discapacidad es aquella que, teniendo una o más deficiencias de largo plazo por causas psíquicas o intelectuales, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Son usuarios de los servicios de salud mental, las personas que estando o no en situación de discapacidad o con diagnóstico de salud mental, interactúan con los servicios de atención, sean públicos o privados.

Artículo 3.- En el marco de los derechos consignados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y en las demás normas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud, se reconoce como derecho básico de las personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica, el derecho a la igualdad y no discriminación, a la participación, a la libertad y autonomía personal; a la prohibición de tratos crueles, inhumanos y degradantes, y a la aplicación del principio del ambiente menos restrictivo de la libertad personal, así como los demás derechos garantizados a las personas en otros instrumentos internacionales relacionados con la materia y ratificados por Chile.

Comentarios: Este artículo es redundante con el cuerpo del texto y los derechos ya reconocidos en el instrumento que se cita. La Organización Mundial de la Salud no elabora normas que vinculen a los Estados. Se sugiere reemplazar su contenido completo por el reconocimiento de los principios que inspiran la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Redacción propuesta: *Los principios de la presente ley serán:*

- a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas.*
- b) La igualdad ante la ley y no discriminación*
- c) La participación e inclusión plena y efectiva en la vida social.*
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de la diversidad de las personas como parte de la condición humana.*
- e) La accesibilidad.*
- f) La igualdad entre el hombre y la mujer.*
- g) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas, y su derecho a preservar y desarrollar su identidad.*

Artículo 4.- Toda persona que adolece de enfermedad mental, de discapacidad intelectual o de discapacidad psíquica tiene la plenitud de los derechos contemplados en el título II de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Cuando, conforme con el artículo 15 de la ley señalada en el inciso anterior, no se pueda otorgar el consentimiento para una determinada acción de salud, se deberá dejar siempre constancia escrita de tal circunstancia en la ficha clínica, la que también deberá ser suscrita por el director del establecimiento.

Para el ejercicio del derecho a ser informado, se deberán emplear los medios y tecnologías adecuados para su comprensión.

Comentarios: Debe reconocerse sin excepción el derecho de la persona a ejercer el consentimiento libre e informado. Sugerimos reemplazar en este numeral, el artículo que reconoce este derecho y establece los apoyos para tal efecto, incorporando el criterio respecto a cuál sería la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona para los casos en que no pueda manifestar su voluntad, luego de emplearse todos los medios necesarios para su adecuada comprensión.

Redacción propuesta: *REDACCION NUEVA*

Artículo (4).- La persona tiene derecho a ejercer sin excepción, el consentimiento libre e informado respecto a tratamientos o alternativas terapéuticas propuestas, aún durante sus estados psicoemocionales de aflicción o crisis. Para tal efecto, se articularán apoyos para la toma de decisiones, con el objetivo de resguardar su voluntad y preferencias.*

Desde el primer ingreso de la persona a un servicio de atención en salud mental, sea público o privado, ambulatorio u hospitalario, será obligación del establecimiento el integrarla a un plan de consentimiento libre e informado, como parte de un proceso permanente de acceso a información para la toma de decisiones en salud mental.

Los equipos interdisciplinarios promoverán el ejercicio del consentimiento libre e informado, debiendo entregar información accesible y transparente respecto a los beneficios, riesgos y posibles efectos adversos asociados a corto, mediano y largo plazo en las alternativas terapéuticas propuestas, así como del derecho a no aceptarlas o a cambiar de decisión durante el tratamiento. La información se entregará a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión, durante todo el proceso de atención.

Los servicios de salud promoverán el resguardo de la voluntad y preferencias de la persona. Para tal efecto, dispondrán la utilización de declaraciones de voluntad anticipadas, de planes de intervención en casos de crisis psicoemocional, y otras herramientas de resguardo, con el objetivo de hacer primar la voluntad y preferencias de la persona en el evento de afectaciones futuras y graves a su capacidad mental, que le impidan manifestar su contenido.

Complementariamente, la persona podrá designar a un o más acompañantes para la toma de decisiones, quienes le asistirán en la medida que lo necesite, a ponderar las alternativas terapéuticas disponibles para su recuperación en salud mental. En caso de

no existir una persona en quien confiar esta función, se le asignará un acompañante terapéutico de oficio, el que se encontrará inscrito en un registro de la autoridad sanitaria, previa capacitación en el enfoque de derechos humanos en discapacidad y salud mental.

Esta información es de carácter personal y se pondrá a disposición de los servicios de salud y de quienes la persona autorice, a través de una plataforma accesible e interconectada que permita tomar conocimiento de la misma en cualquier establecimiento de salud del país.

Se articularán todos apoyos que resulten adecuados para las necesidades específicas de cada persona, incluyendo la intervención organizaciones de personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, para su propuesta e implementación.

Artículo 5.- El Estado promoverá la atención en salud mental interdisciplinaria, con personal debidamente capacitado y acreditado por la autoridad sanitaria competente. Se incluyen las áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y demás disciplinas pertinentes.

El proceso de atención debe realizarse preferentemente de forma ambulatoria, con personal interdisciplinario, y encaminado al reforzamiento y desarrollo de los lazos sociales, la inclusión y la participación del paciente en la vida social.

La hospitalización psiquiátrica se entiende como un recurso excepcional y transitorio.

Comentarios: Proponemos que el artículo recoja explícitamente la necesidad de incorporar a las personas expertas por experiencia en los equipos de acompañamiento terapéutico, atendida la vivencia y aprendizajes adquiridos en sus procesos de recuperación, con el objetivo de que éste no sólo sea desde la verticalidad del saber profesional, sino también incorporando los saberes que puedan aportar los pares.

Redacción propuesta: *El Estado otorgará atención en salud mental interdisciplinaria, con personal debidamente capacitado y acreditado por la autoridad sanitaria competente. Se incluyen las áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y demás disciplinas pertinentes.*

Se promoverá además, la incorporación de personas usuarias de los servicios y personas con discapacidad en los equipos de acompañamiento terapéutico y recuperación.

El proceso de atención debe realizarse preferentemente de forma ambulatoria, con personal interdisciplinario y encaminado al reforzamiento y desarrollo de lazos sociales, de la inclusión y participación de la persona en la vida social.

Artículo 6.- No puede hacerse un diagnóstico de salud mental basándose exclusivamente en criterios relacionados con el grupo político, socioeconómico, cultural, racial o religioso de la persona, ni con su identidad u orientación

sexual. Tampoco será determinante la hospitalización previa de dicha persona, que se encuentre o se haya encontrado en tratamiento psicológico o psiquiátrico.

Comentarios: Se valora este artículo por cuanto extiende el principio de no discriminación al ámbito de los diagnósticos en salud mental. Sugerimos extenderlo a la condición de salud previa.

Redacción propuesta: *No puede hacerse un diagnóstico de salud mental basándose exclusivamente en criterios relacionados con el grupo político, socioeconómico, cultural, racial o religioso de la persona, ni con su identidad u orientación sexual, o condición previa de salud física o mental, así como la existencia de una vinculación familiar con personas con diagnóstico psiquiátrico. Tampoco será determinante la hospitalización psiquiátrica previa de dicha persona.*

Título II

De los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental, con discapacidad intelectual o psíquica

Comentarios: Reemplazar terminología biomédica por lenguaje de derechos humanos.

Redacción propuesta: **De los derechos de las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental**

Artículo 7.- Se reconoce que la persona con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica goza de todos los derechos que la Constitución Política de la República garantiza a todas las personas. En especial, se le reconocen los siguientes derechos:

Comentarios: Cambiar lenguaje biomédico por lenguaje de derechos humanos.

Redacción propuesta: *Se reconoce que las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, gozan de todos los derechos que la Constitución Política de la República y tratados internacionales de derechos humanos reconocen a todas las personas, de conformidad al principio de no discriminación. En especial y de acuerdo al marco de la presente Ley, se reconocen los siguientes derechos:*

7.1. A ser reconocido siempre como sujeto de derecho.

Comentarios: Ampliar al reconocimiento como persona y al trato digno.

Redacción propuesta: *A ser reconocido y tratado siempre como persona, en cuanto sujeto de dignidad y derechos.*

7.2. A que se vele, especialmente, por el respeto a su derecho a la vida privada, a la libertad de comunicación y a la libertad personal.

Comentarios: Cambiar los derechos que se reconocen por los tres más esenciales en el contexto de la presente ley.

Redacción propuesta: *A que se vele especialmente, por el respeto a su derecho a la vida, a la integridad física y mental, y a la libertad personal.*

7.3. A no ser sometido a tratamientos invasivos e irreversibles de carácter psiquiátrico, sin su consentimiento.

Comentarios: Plantearlo en positivo, en relación al derecho al consentimiento libre e informado, y prohibir expresamente aquellos procedimientos que se enmarcan dentro del derecho a la protección contra la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Redacción propuesta: *A que todas las intervenciones médicas y científicas sean en base a un consentimiento libre e informado.*

Se prohíbe expresamente la practica de las siguientes intervenciones en salud mental, sin consentimiento de la persona: intervenciones irreversibles o invasivas, en particular psicocirugía y esterilización, aplicación de terapia electroconvulsivante, aislamiento, incomunicación y la contención mecánica y química.

Su practica se enmarca en el derecho de la persona a ser protegida de la tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes. Su aplicación sin consentimiento libre e informado dará lugar a las responsabilidades civiles, penales y administrativas correspondientes.

7.4. A que no se realice el procedimiento de esterilización como método anticonceptivo, sin su consentimiento.

Cuando la persona no pueda manifestar su voluntad o no sea posible desprender su preferencia, sólo se utilizarán métodos anticonceptivos reversibles. Con todo, excepcionalmente se podrá realizar el procedimiento de esterilización, siempre que concurren previamente todas las circunstancias siguientes:

a) Que la necesidad de realizar el procedimiento obedezca exclusivamente a indicación médica.

b) Que se cuente con el consentimiento del representante legal, si lo hubiere.

c) Que el comité de ética asistencial respectivo haya dado su opinión favorable.

d) Que la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales haya otorgado su aprobación.

Comentarios: Se sugiere cambiar este numeral por la redacción nueva.

Redacción propuesta: *REDACCIÓN NUEVA*

Artículo 7.4*.- *A que se reconozcan y garanticen los derechos sexuales y reproductivos en igualdad de condiciones con las demás personas, a ejercerlos dentro del ámbito de su autonomía y contar con apoyos para tal efecto, sin discriminación en atención a su condición.*

Se prohíbe la esterilización involuntaria o no consentida en personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, en particular de mujeres y niñas, como medida de control de su fertilidad. Su practica dará lugar a las responsabilidades civiles, penales y administrativas correspondientes.

7.5. A que la Corte de Apelaciones respectiva autorice y supervise, periódicamente, las condiciones de su hospitalización involuntaria o voluntaria prolongada, y a contar con una instancia judicial de apelación. Si en el transcurso de la hospitalización voluntaria el estado de lucidez bajo el que se dio el consentimiento se pierde, se procederá como si se tratase de una hospitalización involuntaria.

Comentarios: Se sugiere eliminar numeral, ya que la intervención de la Corte de Apelaciones en relación a la internación se desarrolla más adelante.

Redacción propuesta: *ELIMINAR NUMERAL.*

7.6. A recibir atención sanitaria integral y humanizada a partir del acceso igualitario y equitativo a las prestaciones necesarias para asegurar la recuperación y preservación de la salud.

Comentarios: Se valora la redacción de este numeral.

Redacción propuesta: *MANTENER REDACCIÓN.*

7.7. A recibir una atención ajustada a principios éticos. Los establecimientos que otorguen prestaciones psiquiátricas de atención cerrada deberán contar con un comité de ética asistencial, conforme lo dispone el artículo 20 de la ley N° 20.584.

Comentarios: Eliminar lo que diga relación con salvaguardias, para que sean tratadas en un artículo aparte en la ley.

Redacción propuesta: *A recibir una atención ajustada a principios éticos y de derechos humanos, de conformidad al reconocimiento de la persona en su autonomía, igualdad ante la ley y no discriminación por motivo de discapacidad o condición de salud.*

7.8. A recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más efectiva y segura, y que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

Comentarios: Se proponen modificaciones menores.

Redacción propuesta: *A recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más efectiva y segura, que menos restrinja sus derechos humanos y promueva la inclusión social y comunitaria.*

7.9. A que su condición de salud mental no sea considerada inmodificable.

Comentarios: Se valora la redacción de este numeral.

Redacción propuesta: *MANTENER REDACCIÓN.*

7.10. A recibir contraprestación pecuniaria por su participación en actividades realizadas en el marco de las terapias, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sean comercializados.

Comentarios: Se valora la redacción de este numeral.

Redacción propuesta: *A recibir contraprestación pecuniaria por su participación en actividades realizadas en el marco de las terapias, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que sean comercializados, a recibir aquella contraprestación por su trabajo sin discriminación, en base al principio de a igual trabajo, igual valor.*

7.11. A recibir educación a nivel individual y familiar sobre su enfermedad mental o su discapacidad psíquica o intelectual y sobre las formas de autocuidado, y a ser acompañado antes, durante y después del tratamiento por sus familiares o por quien el paciente designe.

Comentarios: Se propone reemplazar lenguaje biomédico por lenguaje de derechos humanos, y eliminar la mención expresa a familiares.

Redacción propuesta: *A recibir educación sobre su condición de salud y sobre las formas de autocuidado, y a ser acompañado durante el proceso de recuperación por quien la persona libremente designe.*

El listado de derechos contemplado en este artículo debe ser publicado por todos los prestadores que otorguen prestaciones de salud mental, conforme a las especificaciones que el Ministerio de Salud disponga a través de una norma técnica.

Comentarios: Se valora la redacción.

Redacción propuesta: *MANTENER REDACCIÓN.*

Artículo 8. La prescripción y administración de medicación psiquiátrica se realizará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática.

Comentarios: Valoramos la redacción de este artículo y sugerimos reconocer expresa y ampliamente el derecho al consentimiento libre e informado en el marco de los tratamientos con psicofármacos.

Redacción propuesta: *La prescripción y administración de medicación psiquiátrica se realizará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros o para suplir necesidades de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de evaluaciones profesionales pertinentes, nunca de forma automática, y siempre en base a un consentimiento libre e informado de la persona.*

Tal declaración debe hacerse por escrito y registrarse en la ficha clínica al momento de iniciar un tratamiento con psicofármacos. En éste debe dejarse expresa constancia de los posibles riesgos y efectos adversos asociados a la medicación propuesta a corto, mediano y largo plazo, del derecho a iniciar un proceso de discontinuación cuando lo estime pertinente, y a contar con el apoyo de un equipo interdisciplinar para tal efecto.

Título III

De la naturaleza y requisitos de la hospitalización psiquiátrica

Artículo 9.- La hospitalización psiquiátrica es una medida terapéutica excepcional, que sólo se justifica si garantiza mayor aporte y beneficios terapéuticos en comparación con el resto de las intervenciones posibles dentro

del entorno familiar, comunitario o social del paciente, con una visión interdisciplinaria y restringida al tiempo estrictamente necesario conforme a la práctica médica. Se promoverá el mantenimiento de vínculos y comunicación de los pacientes hospitalizados con sus familiares y su entorno social.

Comentarios: Se valora la redacción, se proponen cambios menores.

Redacción propuesta: *La hospitalización psiquiátrica es un recurso excepcional y transitorio, que sólo se justifica si garantiza un mayor aporte y beneficios en la salud integral de la persona en comparación con las intervenciones ambulatorias posibles dentro del entorno familiar, comunitario o social. En caso de aplicarse, debe hacerse para garantizar una intervención interdisciplinaria y restringirse al tiempo estrictamente necesario.*

Sólo podrá aplicarse en base a un consentimiento libre e informado de la persona a quien afecta, para lo cual contará con los apoyos establecidos en el artículo 4 para la toma de decisiones, quedando registrado en la ficha clínica.

Durante la internación, se garantizará a la persona el mantenimiento de vínculos y comunicación con las personas de su entorno familiar y social que autorice.

Artículo 10.- De ningún modo la hospitalización psiquiátrica podrá indicarse para dar solución a problemas exclusivamente sociales o de vivienda. Ninguna persona podrá permanecer hospitalizada indefinidamente en razón de su discapacidad y condiciones sociales. Es obligación del prestador agotar todas las instancias que correspondan con la finalidad de resguardar sus derechos e integridad física y psíquica.

Comentarios: Se valora la redacción, se proponen cambios menores.

Redacción propuesta: *De ningún modo la hospitalización psiquiátrica podrá indicarse para dar solución a problemas exclusivamente sociales o de vivienda.*

Ninguna persona podrá permanecer hospitalizada indefinidamente en razón de su discapacidad y condiciones sociales. Es obligación del Estado agotar todas las instancias que correspondan con la finalidad de resguardar su derecho a vivir de forma independiente y ser incluida en la comunidad.

Artículo 11.- La hospitalización psiquiátrica involuntaria afecta el derecho a la libertad de las personas con enfermedad mental o con discapacidad intelectual o psíquica, de modo que deberá siempre ser autorizada y revisada por la Corte de Apelaciones respectiva, de acuerdo con lo establecido en el artículo 21 de la Constitución Política de la República.

La hospitalización psiquiátrica involuntaria sólo procederá cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio y exista una situación real de riesgo cierto e

inminente para el paciente o para terceros. Para que la Corte pueda autorizarla se requiere:

1. Un dictamen profesional del servicio asistencial que recomiende la hospitalización, que tenga la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, uno de los cuales siempre deberá ser un médico que cuente con las habilidades específicas requeridas. Los profesionales no podrán tener con el paciente relación de parentesco, amistad o vínculos económicos ajenos a las prestaciones de salud.

2. La inexistencia de otra alternativa menos restrictiva y eficaz para el tratamiento del paciente o la protección de terceros.

3. Un informe acerca de las instancias previas implementadas, si las hubiere. La Corte deberá notificar su resolución a la secretaría regional ministerial de salud, a la Comisión Nacional y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental a las que se refiere la ley N° 20.584.

4. Que tenga una finalidad exclusivamente terapéutica.

5. Que sea por el menor tiempo posible.

Comentarios: La internación involuntaria por motivos de discapacidad, basada en criterios de peligrosidad o riesgo contradice el art. 14 de la CDPD, constituye una discriminación y equivale a la privación de libertad arbitraria. Se propone adoptar en su integridad el estándar de la CDPD sobre prohibición absoluta a la internación involuntaria por motivos de discapacidad, aún en circunstancias de crisis psicoemocional, reemplazándola por apoyos y salvaguardias para la toma de decisiones libre e informada, así como por una comprensión preventiva de la atención y recuperación en salud mental.

Redacción propuesta: *ELIMINAR ARTICULO.*

Artículo 12.- La hospitalización psiquiátrica involuntaria de urgencia, debidamente fundada por la autoridad sanitaria o por el equipo de salud tratante, debe notificarse obligatoriamente a la Corte de Apelaciones competente, a más tardar el día hábil siguiente desde que se produzca la hospitalización, dejándose constancia del cumplimiento de las garantías establecidas en el artículo 11.

La Corte, una vez notificada, en el plazo de tres días deberá:

1. Autorizar la internación si considera que se cumplen las causales previstas en esta ley.

2. Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento.

3. Denegar la hospitalización en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para autorizarla, caso en el cual deberá asegurar el alta hospitalaria de forma inmediata.

Comentarios: Se sugiere reemplazar este artículo por uno que contenga medidas para contener las crisis psicoemocionales y apoyar a la persona a tomar decisiones respecto a las alternativas de cuidado disponibles.

Redacción propuesta: *En casos de urgencia y crisis psicoemocional, debe ponerse a disposición de la persona un equipo multidisciplinario, quienes le escucharán y ejercerán la contención emocional y ambiental, evaluando las alternativas de cuidado más adecuadas para su estado y que menos restrinjan sus derechos humanos.*

Se activarán los acompañantes de apoyo que la persona haya designado, y en caso de no existir, se le asignará un acompañante terapéutico de oficio, con el objetivo de asistirle en la toma de decisiones respecto a su recuperación.

En caso de encontrarse la persona en imposibilidad absoluta de manifestar alguna decisión o entregar un consentimiento libre e informado respecto a las alternativas terapéuticas disponibles, se atenderá a las directrices entregadas previamente en declaraciones de voluntad anticipadas o en planes de intervención para eventos de crisis. En caso de no existir aquellos registros, se estará al criterio de cuál sería la mejor interpretación de la voluntad y preferencias de la persona.

Artículo 13.- La persona hospitalizada involuntariamente, o su representante legal, tiene siempre el derecho a nombrar un abogado. Si el paciente, o su representante legal, no lo hubiere hecho, el Estado deberá proporcionarle uno desde el momento de la hospitalización. El paciente, o su abogado, podrá oponerse a ella y solicitar a la Corte de Apelaciones el alta hospitalaria en cualquier momento.

Comentarios: Se sugiere fortalecer el derecho a contar con un abogado que haga de defensa ante la internación voluntaria, y de apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica. Se sugiere eliminar lenguaje biomédico.

Redacción propuesta: *La persona hospitalizada, tiene siempre el derecho a nombrar un abogado que lo asista en el ejercicio de sus derechos. Si no lo hubiere hecho, podrá solicitar al Estado que le proporcione uno desde el momento del ingreso.*

En tal contexto de asistencia letrada, la persona tendrá derecho a entrevistarse privadamente con el abogado, quien le servirá de apoyo al ejercicio de su capacidad jurídica durante la internación, y tendrá facultades para solicitar información al servicio e interponer denuncias y acciones en resguardo de los derechos de su representada, pudiendo solicitar a la Corte de Apelaciones respectiva, de conformidad al artículo 21 de

la Constitución Política de la República, el cese de la internación cuando no exista voluntad, o esta haya cesado, y cuando no se ajuste al marco de derechos garantizados en la presente ley.

Artículo 14.- En el caso de hospitalización involuntaria, el alta o permiso de salida es una facultad del equipo de salud que no requiere autorización judicial. El equipo de salud deberá ofrecer a la persona continuar su hospitalización en forma voluntaria o bien su alta hospitalaria, apenas cese la situación de riesgo cierto e inminente para ella o para terceros. Esta situación deberá informarse a la secretaría regional ministerial de Salud, cuando corresponda, y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental.

Comentarios: Se sugiere eliminar artículo.

Redacción propuesta: *ELIMINAR ARTICULO.*

Artículo 15.- Habiéndose autorizado la hospitalización involuntaria, la Corte de Apelaciones, en un plazo no mayor a treinta días, deberá solicitar informes a fin de reevaluar si perduran los motivos que dieron origen a la medida. En cualquier momento podrá disponer su inmediata alta hospitalaria. Transcurridos noventa días desde el inicio de la hospitalización involuntaria, y luego del tercer informe, la Corte de Apelaciones respectiva designará un perito para una nueva evaluación.

Comentarios: Se sugiere eliminar artículo.

Redacción propuesta: *ELIMINAR ARTICULO*

Artículo 16.- La persona hospitalizada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma su término. Cuando la hospitalización voluntaria se prolongue por más de sesenta días, la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental y el equipo de salud a cargo deberán comunicarlo de inmediato a la Corte de Apelaciones para que ésta evalúe, en un plazo no mayor a cinco días desde que tome conocimiento, si la hospitalización sigue teniendo carácter voluntario o si ha de considerarse involuntaria. En este último caso, será necesario que se cumpla con los requisitos y garantías establecidos en el artículo 11.

Comentarios: Se sugieren modificaciones menores.

Redacción propuesta: *La persona hospitalizada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación, pudiendo solicitar personalmente o a través de su abogado su alta hospitalaria, debiendo ser*

informado por el equipo multidisciplinario sobre la evolución de su salud durante la hospitalización y las posibilidades de continuación de los cuidados en servicios insertos en la comunidad.

Cuando la hospitalización voluntaria se prolongue por más de sesenta días corridos, la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental y el equipo de salud a cargo deberán comunicarlo de inmediato al abogado de la persona y a la Corte de Apelaciones para que se evalúe, en un plazo no mayor a cinco días desde que tome conocimiento, si la hospitalización sigue teniendo carácter voluntaria o si ha de considerarse involuntaria.

Siempre deberá ofrecerse a la persona el alta hospitalaria en cuanto hayan cesado las circunstancias excepcionales que dieron lugar a ésta.

Artículo 17.- Con el fin de garantizar los derechos humanos de las personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual o psíquica, los integrantes profesionales y no profesionales del equipo de salud serán responsables de informar a la secretaría regional ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental sobre cualquier sospecha de irregularidad que implique un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o una limitación indebida de su autonomía. El funcionario podrá actuar bajo reserva de identidad, no podrá ser objeto de represalias y no se considerará que ha incurrido en violación del secreto profesional. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no releva al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persiste.

Comentarios: Se sugieren modificaciones menores.

Redacción propuesta: Con el fin de garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, los integrantes profesionales y no profesionales del equipo de salud serán responsables de informar a la Secretaría Regional Ministerial de Salud, a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental y al abogado de la persona, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implique un trato indigno o inhumano, o una limitación indebida de la autonomía en las personas bajo tratamiento. El funcionario podrá actuar bajo reserva de identidad, no podrá ser objeto de represalias y no se considerará que ha incurrido en violación del secreto profesional. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no releva al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persiste.

Artículo 18.- El tratamiento de las personas con enfermedades o trastornos mentales o con discapacidad intelectual o psíquica se realizará con apego a estándares de atención que garanticen:

Comentarios: Se sugiere cambiar el lenguaje biomédico por lenguaje de derechos humanos.

Redacción propuesta: *El tratamiento de las personas con discapacidad y personas usuarias de servicios de salud mental, se realizará con apego a estándares de atención que garanticen:*

1. Que la atención de salud se realice en establecimientos acreditados de conformidad con la ley N° 19.966, que establece un régimen de garantías en salud.

2. La certificación de las competencias de los profesionales a cargo de la salud mental y la revalidación de dichas competencias.

3. La evaluación de la calidad y pertinencia de los centros formadores de profesionales, en relación con las competencias profesionales requeridas para tratar debidamente a los pacientes con trastornos mentales.

4. Que se proporcione a estas personas un tratamiento en base a la mejor evidencia científica disponible, a criterios de costo-efectividad y con un enfoque biopsicosocial.

Comentarios: Se sugieren modificaciones fundadas en el impacto que tienen con frecuencia los fármacos psiquiátricos en el mejoramiento integral de la salud y bienestar de la persona.

Redacción propuesta: *Que se proporcione a estas personas un tratamiento en base a la mejor evidencia científica disponible, y a criterios de costo-efectividad en relación al mejoramiento de la salud y bienestar integral de la persona.*

5. Que las instalaciones para la atención ambulatoria y hospitalaria cumplan con la autorización sanitaria.

6. La incorporación de familiares que puedan dar asistencia especial y/o participen del tratamiento si ello es requerido por sus médicos tratantes, especialmente en el caso de los pacientes mentales menores de edad.

Comentarios: Se sugieren modificaciones que implican vincular a otras personas de apoyo, no sólo las familias, en particular por los fenómenos de violencia de género y violencia intrafamiliar que afectan a las personas con discapacidad mental.

Redacción propuesta: *La incorporación de familiares y otras personas significativas que puedan dar asistencia especial o participen del proceso de recuperación, si ello es consentido por la persona, especialmente en el caso de niños, niñas y adolescentes, con el objetivo de fortalecer su inclusión social.*

Título IV
Derechos de los familiares y otros cuidadores de personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual

Comentarios al título: Se sugiere reemplazar el lenguaje biomédico y centrar las redes de apoyo en el empoderamiento de las personas con discapacidad mental.

Redacción propuesta: *De la promoción y empoderamiento a las organizaciones de personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental*

Artículo 19.- Los familiares y las personas que cuidan y apoyan a personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual tienen derecho a recibir información general sobre las mejores maneras de ejercer la labor de cuidado, tales como contenidos psicoeducativos sobre las enfermedades mentales, la discapacidad y sus tratamientos.

Comentarios: Redundante con las modificaciones sugeridas al art. 7.11 y art. 18, se sugiere eliminar artículo.

Redacción propuesta: *ELIMINAR ARTICULO.*

Artículo 20.- Los familiares de personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual tienen derecho a organizarse para abogar por sus necesidades y las de las personas a quienes cuidan, a crear instancias comunitarias que promuevan la inclusión social, y a denunciar situaciones que resulten violatorias de los derechos humanos.

Comentarios: Centrar el derecho a organizarse en las personas con discapacidad y usuarias de los servicios de salud mental, y no en sus familiares.

Redacción propuesta: *El Estado promoverá el asociacionismo de las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, así como el apoyo de sus familiares y amigos para abogar por sus derechos, crear instancias que promuevan su inclusión social, y denunciar situaciones vulneratorias de derechos humanos. Los servicios de atención en salud mental informarán a la persona sobre su derecho a asociarse y sobre la existencia de organizaciones de la sociedad civil a las que pueda acercarse.*

Las universidades u otras instituciones podrán promocionar la organización de las personas con discapacidad, respetando su autonomía en la toma de decisiones concerniente a los temas y lineamientos de acción en relación a sus derechos.

Título V De la Inclusión Social

Artículo 21.- La articulación intersectorial del Estado deberá incluir acciones permanentes para la cabal inclusión social de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.

Comentarios: Sugerimos reemplazar lenguaje biomédico por lenguaje de derechos humanos y complementar la redacción de este artículo con el compromiso intersectorial.

Redacción propuesta: *La articulación intersectorial del Estado deberá incluir acciones permanentes para la cabal inclusión social de las personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental.*

Los programas y políticas públicas de atención a la salud mental deben contemplar los apoyos necesarios para asegurar que las personas comprendidas en esta ley tengan acceso a apoyos durante el tratamiento, en resguardo a su derecho a vivir de forma independiente y ser incluidas en la comunidad.

La asistencia personal, involucra una variedad amplia de medidas entre las que se encuentran los acompañantes para la toma de decisiones o acompañantes terapéuticos, con el objetivo de ayudar a la persona a realizar sus actividades y recibir el asesoramiento en las distintas etapas del proceso de recuperación.

La autoridad administrativa deberá coordinar el trabajo intersectorial, con el objetivo de garantizar el acceso los servicios que apoyen a las personas con discapacidad en el acceso a la vivienda y a la educación, a la asistencia en la vida diaria, y acceso a servicios comunitarios para la promoción de la vida autónoma de conformidad con los principios, reglas y lineamientos que sostienen la atención a la salud mental comunitaria.

A los fines de la efectivización de lo dispuesto en la presente ley, se debe contemplar la mayor extensión del acceso al apoyo, ampliando los regímenes de seguridad social con el objetivo de garantizarlos. En caso de no existir programas o servicios acordes, la autoridad de aplicación de la presente ley debe llevar adelante todas las acciones pertinentes para su implementación.

Título VI Modificaciones legales

Artículo 22.- Modifícase la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, de la siguiente manera:

1. Incorpórase en el inciso primero del artículo 10, luego del punto y aparte que pasa a ser punto y seguido, la siguiente oración: “Asimismo, todo niño tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad y la forma en que

se realizará su tratamiento, adaptada a su edad, desarrollo mental y estado afectivo y psicológico.”.

Comentarios: Se sugiere adaptar al lenguaje de derechos humanos.

Redacción propuesta: *“Asimismo, todo niño, niña o adolescente tiene derecho a recibir información sobre su condición de salud y la forma en que se realizará su tratamiento, adaptada a su edad, desarrollo mental y estado afectivo y psicológico.”.*

2. Agréganse en el artículo 14 los siguientes incisos quinto y sexto:

“Sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de los menores de edad, todo niño tiene derecho a expresar su conformidad con los tratamientos que se le aplican y a optar entre las alternativas que éstos otorguen, según la situación lo permita, tomando en consideración su edad, madurez, desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico. En el caso de que, conforme a este artículo, se requiera contar con el consentimiento escrito, deberá dejarse constancia que el niño ha sido informado y que se le ha oído.

En el caso de una investigación científica biomédica en el ser humano y sus aplicaciones clínicas, la negativa de un niño a participar o continuar en ella deberá ser respetada.”.

Comentarios: Se sugiere adaptar al lenguaje de derechos humanos.

Redacción propuesta: *“Sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de niños, niñas o adolescentes, de conformidad a los principios generales de interés superior y reconocimiento a su autonomía progresiva, se reconoce que ellos tienen derecho a expresar su opinión en los tratamientos de salud mental y a optar entre las alternativas que mejor consideren, según la situación lo permita, tomando en consideración su edad, madurez, desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico. En el caso de que, conforme a este artículo, se requiera contar con el consentimiento escrito, deberá dejarse constancia que el niño ha sido informado y que se le ha oído.*

En el caso de una investigación científica biomédica en el ser humano y sus aplicaciones clínicas, la negativa de un niño, niña o adolescente a participar o continuar en ella deberá ser respetada.”.

3. Suprímense los artículos 23 y 24.

4. En el artículo 26:

a) Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:

“Artículo 26.- El manejo de conductas perturbadoras o agresivas debe hacerse con estricta adhesión a las normas de respeto a los derechos humanos, incorporando estrategias y protocolos para evitar su ocurrencia y prevenir la aplicación de medidas de contención física, farmacológica o de observación continua en sala individual, y cuando sean necesarias, evitando tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes o que puedan llegar a constituir tortura. Quedan prohibidas las salas de aislamiento que no permitan una adecuada supervisión, confort o dignidad de la persona, con insuficiente posibilidad de observación visual y que impliquen su privación sensorial.”.

b) En el inciso segundo:

i. Intercálase, entre las palabras “por” y “el”, la frase “indicación médica, por”.

ii. Reemplázase la frase “debiendo utilizarse los medios humanos suficientes y los medios materiales que eviten” por el vocablo “evitando”.

iii. Intercálase, entre las palabras “con” y “discapacidad”, la expresión “enfermedad mental o”.

c) Sustitúyese en el inciso tercero la frase “del aislamiento o la sujeción” por “de estas medidas excepcionales”.

d) Reemplázase en el inciso cuarto la frase “de aislamiento y contención” por “excepcionales de que trata este artículo”.

e) Elimínase en el inciso quinto la frase “que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieren tener en establecimientos de salud”.

Comentarios: Se sugiere eliminar el art. 26 de la Ley 20.584 y reemplazar la regulación de este tema en un artículo nuevo en la presente ley, el cual se sugiere a continuación.

Redacción propuesta: SUPRIMIR ARTÍCULO 26 DE LA LEY 20.584 y reemplazar en la presente ley por el que sigue:

Artículo(-).- El manejo de conductas agresivas debe hacerse con estricta adhesión a las normas de respeto a los derechos humanos, incorporando estrategias y protocolos para prevenir su ocurrencia.

Los equipos multidisciplinarios deben acompañar a las personas durante estos estados en base a una contención emocional y ambiental, y la consideración de su voluntad y preferencias durante el manejo de estas situaciones.

Se prohíbe el uso de la contención mecánica, farmacológica y del aislamiento, salvo que hayan sido medidas previamente autorizadas por la persona y consten en su ficha

clínica, evitando tratos crueles, inhumanos o degradantes que puedan llegar a ser constitutivos de tortura.

En caso de utilizarse aquellas medidas excepcionales bajo el consentimiento libre e informado de la persona, o bien, en atención a su voluntad declarada previamente, deberá hacerse durante el tiempo estrictamente necesario y utilizarse todos los medios para minimizar la afectación a la integridad física y mental de la persona, debiendo dejarse registro en la ficha clínica de su utilización y del tiempo en el cual se prolongó su uso.

Así mismo, deberá ponerse tal circunstancia en conocimiento del acompañante para la toma de decisiones que la persona haya designado, o su acompañante terapéutico en subsidio, así como del abogado que le asista en el ejercicio de sus derechos.

5. Suprímese el artículo 27.

6. Sustitúyese el artículo 28 por el siguiente:

“Artículo 28.- No se podrá desarrollar investigación biomédica en adultos que no son capaces física o mentalmente de expresar su consentimiento o de los que no es posible conocer su preferencia, a menos que la condición física o mental que impide otorgar el consentimiento informado o expresar su preferencia sea una característica necesaria del grupo investigado.

En estas circunstancias, además de dar cabal cumplimiento a las normas contenidas en la ley N° 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana, y en el Código Sanitario, según corresponda, el protocolo de la investigación deberá contener las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite expresar su consentimiento o manifestar su preferencia. Asimismo, se deberá contar previamente con el informe favorable de un comité ético científico acreditado y con la autorización de la secretaria regional ministerial de Salud.

En esos casos, los miembros del comité que evalúe el proyecto no podrán encontrarse vinculados directa ni indirectamente con el centro o institución en el cual se desarrollará la investigación, ni con el investigador principal o el patrocinador del mismo.

Se deberá obtener a la brevedad el consentimiento o manifestación de preferencia de la persona que haya recuperado su capacidad física o mental para otorgar dicho consentimiento o manifestación de su preferencia.

Las personas con enfermedad neurodegenerativa podrán otorgar anticipadamente su consentimiento informado para ser sujetos de ensayo en investigaciones futuras.

La investigación biomédica en personas menores de edad se regirá por lo dispuesto en la ley N° 20.120. Con todo, deberá respetarse su negativa a participar o continuar en la investigación.”.”.

Comentarios: Se sugiere eliminar el art. 28 de la Ley 20.584 y reemplazar la regulación de este tema en un artículo nuevo en la presente ley, el cual se sugiere a continuación.

Redacción propuesta: SUPRIMIR ARTÍCULO 28 DE LA LEY 20.584 y reemplazar en la presente ley por el que sigue:

Artículo (-).- Se prohíbe la investigación biomédica o experimentación en personas con discapacidad o personas usuarias de los servicios de salud mental que no hayan expresado su consentimiento libre e informado, o en quienes no ha sido posible conocer su voluntad o preferencias mediante declaraciones anticipadas de voluntad.

Se entregará a las personas por medios accesibles la información suficiente para comprender el alcance y posibles riesgos y beneficios asociados a las investigaciones en las cuales se les propone participar, y se proporcionarán los apoyos para valorar la propuesta y tomar una decisión. En caso de entregarse un consentimiento favorable a la participación en la investigación, éste puede revocarse en cualquier momento, sin que esto implique responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno para la persona.

La investigación biomédica en niños, niñas y adolescentes se regirá por los principios generales de interés superior y reconocimiento a su autonomía progresiva, debiendo respetarse su negativa a participar o continuar en la investigación en caso que declare su voluntad en tal sentido.

Los miembros del comité de ética científica que evalúen el proyecto no podrán encontrarse vinculados directa ni indirectamente con el centro o institución en el cual se desarrollará la investigación, ni con el investigador principal o el patrocinador del mismo.

VI. Artículos que se solicita integrar al texto

Con el objetivo de aproximar el proyecto de ley observado a los estándares de derechos humanos ya indicados, solicitamos incluir al menos los siguientes contenidos al texto:

a. Diagnóstico psiquiátrico

Artículo 7. (-).- A no ser diagnosticada sin su consentimiento.

b. Apoyos para el ejercicio del consentimiento libre e informado

Artículo (4*).- La persona tiene derecho a ejercer sin excepción, el consentimiento libre e informado respecto a tratamientos o alternativas terapéuticas propuestas, aún durante sus estados psicoemocionales de aflicción o crisis. Para tal efecto, se articularán apoyos para la toma de decisiones, con el objetivo de resguardar su voluntad y preferencias.

Desde el primer ingreso de la persona a un servicio de atención en salud mental, sea público o privado, ambulatorio u hospitalario, será obligación del establecimiento el integrarla a un plan de consentimiento libre e informado, como parte de un proceso permanente de acceso a información para la toma de decisiones en salud mental.

Los equipos interdisciplinarios promoverán el ejercicio del consentimiento libre e informado, debiendo entregar información accesible y transparente respecto a los beneficios, riesgos y posibles efectos adversos asociados a corto, mediano y largo plazo en las alternativas terapéuticas propuestas, así como del derecho a no aceptarlas o a cambiar de decisión durante el tratamiento. La información se entregará a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión, durante todo el proceso de atención.

Los servicios de salud promoverán el resguardo de la voluntad y preferencias de la persona. Para tal efecto, dispondrán la utilización de declaraciones de voluntad anticipadas, de planes de intervención en casos de crisis psicoemocional, y otras herramientas de resguardo, con el objetivo de hacer primar la voluntad y preferencias de la persona en el evento de afectaciones futuras y graves a su capacidad mental, que le impidan manifestar su contenido.

Complementariamente, la persona podrá designar a un o más acompañantes para la toma de decisiones, quienes le asistirán en la medida que lo necesite, a ponderar las alternativas terapéuticas disponibles para su recuperación en salud mental. En caso de no existir una persona en quien confiar esta función, se le asignará un acompañante terapéutico de oficio, el que se encontrará inscrito en un registro de la autoridad sanitaria, previa capacitación en el enfoque de derechos humanos en discapacidad y salud mental.

Esta información es de carácter personal y se pondrá a disposición de los servicios de salud y de quienes la persona autorice, a través de una plataforma accesible e interconectada que permita tomar conocimiento de la misma en cualquier establecimiento de salud del país.

Se articularán todos apoyos que resulten adecuados para las necesidades específicas de cada persona, incluyendo la intervención organizaciones de personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, para su propuesta e implementación.

c. Reconocimiento pleno a la capacidad jurídica

Artículo (-).- Los derechos que se reconocen en la presente ley son extensivos a todas las personas sin discriminación, incluyendo a quienes se encuentren sujetas a regímenes de tutela, curaduría, o bajo custodia estatal.

d. Salvaguardias

Artículo (-).- Los Comité de Ética de los establecimientos de salud, la Comisión Nacional y Comisiones Regionales de protección de derechos de personas con enfermedades mentales deberán ajustar su labor al contenido de la presente ley, promoviendo y vigilando la armonización de las prácticas institucionales al enfoque de derechos humanos en discapacidad y salud mental.

e. Género

Artículo (-).- Las consecuencias en la salud mental que son producto de la violencia y discriminación en el ejercicio de derechos que afecta a mujeres y niñas, deben abordarse desde una perspectiva de género. Ante la existencia de indicios de posible vulneración en su autonomía y sometimiento a la violencia física, psíquica, sexual o económica, se dará prioridad en la atención y detección de aquellas circunstancias, resguardando a la persona de la injerencias de su entorno familiar o social que pudieran estar contribuyendo en la afectación de su salud mental.

Junto con proporcionar la atención en salud, se realizará la denuncia ante la autoridad competente y se vinculará a la persona con redes de apoyo social y legal.

f. Derechos sexuales y reproductivos

Artículo 7.4*.- A que se reconozcan y garanticen los derechos sexuales y reproductivos en igualdad de condiciones con las demás personas, a ejercerlos dentro del ámbito de su autonomía y contar con apoyos para tal efecto, sin discriminación en atención a su condición.

Se prohíbe la esterilización involuntaria o no consentida en personas con discapacidad y personas usuarias de los servicios de salud mental, en particular de mujeres y niñas, como medida de control de su fertilidad. Su práctica dará lugar a las responsabilidades civiles, penales y administrativas correspondientes.

g. Conductas agresivas

Artículo(-).- El manejo de conductas agresivas debe hacerse con estricta adhesión a las normas de respeto a los derechos humanos, incorporando estrategias y protocolos para prevenir su ocurrencia.

Los equipos multidisciplinarios deben acompañar a las personas durante estos estados en base a una contención emocional y ambiental, y la consideración de su voluntad y preferencias durante el manejo de estas situaciones.

Se prohíbe el uso de la contención mecánica, farmacológica y del aislamiento, salvo que hayan sido medidas previamente autorizadas por la persona y consten en su ficha clínica, evitando tratos crueles, inhumanos o degradantes que puedan llegar a ser constitutivos de tortura.

En caso de utilizarse aquellas medidas excepcionales bajo el consentimiento libre e informado de la persona, o bien, en atención a su voluntad declarada previamente, deberá hacerse durante el tiempo estrictamente necesario y utilizarse todos los medios para minimizar la afectación a la integridad física y mental de la persona, debiendo dejarse registro en la ficha clínica de su utilización y del tiempo en el cual se prolongó su uso.

Así mismo, deberá ponerse tal circunstancia en conocimiento del acompañante para la toma de decisiones que la persona haya designado, o su acompañante terapéutico en subsidio, así como del abogado que le asista en el ejercicio de sus derechos.

h. Investigación biomédica

Artículo (-).- Se prohíbe la investigación biomédica o experimentación en personas con discapacidad o personas usuarias de los servicios de salud mental que no hayan expresado su consentimiento libre e informado, o en quienes no ha sido posible conocer su voluntad o preferencias mediante declaraciones anticipadas de voluntad.

Se entregará a las personas por medios accesibles la información suficiente para comprender el alcance y posibles riesgos y beneficios asociados a las investigaciones en las cuales se les propone participar, y se proporcionarán los apoyos para valorar la propuesta y tomar una decisión. En caso de entregarse un consentimiento favorable a la participación en la investigación, éste puede revocarse en cualquier momento, sin que esto implique responsabilidad, sanción o pérdida de beneficio alguno para la persona.

La investigación biomédica en niños, niñas y adolescentes se regirá por los principios generales de interés superior y reconocimiento a su autonomía progresiva, debiendo respetarse su negativa a participar o continuar en la investigación en caso que declare su voluntad en tal sentido.

Los miembros del comité de ética científica que evalúen el proyecto no podrán encontrarse vinculados directa ni indirectamente con el centro o institución en el cual se desarrollará la investigación, ni con el investigador principal o el patrocinador del mismo.

i. Alternativas a la medicalización

Artículo (-).- Se reconocen válidas las alternativas no medicalizantes de recuperación en salud mental. Se crearán espacios para promover el acceso a terapias inclusivas y horizontales de acompañamiento en centros comunitarios de atención, las que de preferencia, serán propuestas y desarrolladas por organizaciones de personas con discapacidad y usuarias de los servicios, de conformidad a la experiencia adquirida en sus procesos de recuperación. Para este efecto, contarán con el apoyo y acompañamiento de los equipos terapéuticos, quienes facilitarán su realización. Las personas tendrán derecho a que al ingresar a un servicio de salud mental, le sean propuestas las alternativas de tratamiento no biomédicas disponibles, como parte de las posibilidades terapéuticas de que dispone atendida su condición.

j. Instituciones psiquiátricas

Artículo (-).- La autoridad sanitaria, contando con apoyo intersectorial, deberá articular una política pública de fortalecimiento al modelo comunitario de atención, que tenga como objetivo, la reconversión total de los servicios y el cierre de las instituciones psiquiátricas de atención segregada en salud mental.

Esta estrategia deberá articularse en el marco del proceso de implementación y armonización interna con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Deberá establecerse un plazo cierto para alcanzar el objetivo indicado, que no supere los diez años, y definirse etapas intermedias para medir el avance en el mismo, debiendo publicarse periódicamente aquella información mediante plataformas accesibles.

Durante el período inicial, se deben cerrar las dependencias de larga estadía, garantizando a las personas su derecho a vivir de forma independiente y ser incluidas en la comunidad, contando con servicios de rehabilitación y apoyos para promover el ejercicio de su autonomía y mitigar el impacto de la institucionalización. Así también, se prohibirán los nuevos ingresos a dependencias de mediana estadía, garantizando el acceso a servicios de atención en salud mental comunitarios.

Durante el período intermedio, los funcionarios de aquellos establecimientos serán capacitados en el enfoque de derechos humanos, preparando su futura inserción profesional y laboral para desempeñarse en los servicios de atención comunitarios.

Así mismo, durante todo el período, las instituciones psiquiátricas permanecerán abiertas a la observación, lo que podrá realizarse tanto por autoridades estatales e internacionales de promoción y protección de derechos humanos, como por observadores independientes de la sociedad civil, quienes harán recomendaciones y propuestas para avanzar en el cumplimiento del objetivo indicado en el presente artículo.