

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Nudos críticos para la regulación jurídica de las medidas no consentidas en salud mental

*Critical points for the legal regulation
of non-consensual treatments in mental health*

Pablo Marshall 

Universidad Austral de Chile

RESUMEN

Este artículo analiza los nudos críticos en la regulación jurídica de los tratamientos no consentidos en salud mental. Ante la creciente relevancia global de la salud mental y la evolución de los marcos legales que la abordan, surge un debate sobre la eficacia y legitimidad de las medidas psiquiátricas no consentidas. El texto ofrece un análisis teórico acerca de las tensiones estructurales que afectan la regulación de estas medidas y que puede servir para guiar la interpretación y reforma de la regulación chilena, dada la escasez de investigación existente. Se subraya la naturaleza invasiva de estas medidas, que suspenden libertades fundamentales basándose en evaluaciones de riesgo. El estudio se centra en tres ejes: la tensión entre cuidado y autonomía; los procesos de medicalización y juridificación; y el debate entre reforma o abolición de estas medidas. El trabajo subraya la necesidad de diseñar instituciones capaces de administrar la fricción inherente a las distintas posiciones que articulan estos nudos críticos.

PALABRAS CLAVE

Salud mental • medidas no consentidas • hospitalización involuntaria.

ABSTRACT

This article analyzes critical points in the legal regulation of non-consensual treatments in mental health. Given the growing global relevance of mental health and the evolution of the legal frameworks addressing it, a debate has emerged regarding the efficacy and legitimacy of non-consensual psychiatric measures. The text offers a theoretical analysis of the structural tensions affecting the regulation of these measures, which may serve to guide the interpretation and reform of Chilean regulation, given the scarcity of existing

research. It underscores the invasive nature of these measures, which suspend fundamental freedoms based on risk assessments. The study focuses on three axes: the tension between care and autonomy; the processes of medicalization and juridification; and the debate between reform or abolition of these measures. The work emphasizes the need to design institutions capable of managing the inherent friction between different positions that articulate these critical points.

KEYWORDS

Mental health • non-consensual measures • involuntary hospitalization.

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental ha adquirido relevancia mundial en las últimas décadas, impulsada por una creciente conciencia de su papel en la sociedad. Los sistemas de salud, regulaciones y legislaciones han evolucionado para afrontar nuevos retos¹. Esto ha realzado el papel del derecho en relación con la salud mental y ha supuesto un importante escrutinio de las medidas autorizadas por el derecho. Uno de los temas que ha sido abordado con énfasis en esta revisión de la regulación son las medidas no consentidas en contextos de atención psiquiátrica, cuya eficacia y legitimidad han despertado un amplio debate².

Como parte de una ola global de reformas, Chile publicó en 2021 una ley de salud mental, la Ley 21331, sobre reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, que modificó aspectos clave de la regulación de las medidas no consentidas en el ámbito de la salud mental. Considerando lo reciente de la ley y la falta de un cuerpo maduro de trabajos e investigación que la aborden³, es crucial un análisis teórico que guíe su interpretación, su regulación administrativa y su necesaria reforma. Las medidas no consentidas, en particular, experimentaron un cambio regulatorio y se anticipa que experimentarán nuevos cambios en el mediano plazo⁴. A ello se suma que se trata de una práctica

¹ Véase MAHDANIAN *et al.* (2023), WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022) y WORLD HEALTH ORGANIZATION (2023).

² Véanse, por ejemplo, las siguientes obras generales: NILSSON (2021), SPIVAKOVSKY, STEELE y WELLER (2020), VÖLLM y NEDOPIL (2016), MOLODYNski, RUGKÅSA y BURNS (2016), MCSHERRY y FRECKELTON (2015), KALLERT (2011), MCSHERRY y WELLER (2010), SAKS (2010) y TÄNNSJÖ (1999).

³ Véase, sobre las medidas no consentidas en Chile, ROSEL, PIGOZZI y ARENAS (2023), CAMPOS (2024), FIGUEROA (2017a), FIGUEROA (2017b), HENRÍQUEZ (2023), MARSHALL (2023), BARRERA (2021), BUSTAMANTE y CAVIERES (2018); OSORIO M. *et al.* (2016), SANTANDER *et al.* (2011) y CASTRO (2023).

⁴ Véase, por ejemplo, Chile, Proyecto de Ley de Salud Mental Integral. Véase además la norma técnica sobre la prevención y manejo de los desajustes conductuales y la agita-

que en Chile no ha sido estudiada y sobre la cual la información disponible es, en general, muy escasa⁵. Pero ello supone solo el contexto que hace novedoso e importante su estudio. La relevancia viene dada además porque las medidas no consentidas suponen, probablemente, la más invasiva de entre aquellas medidas que el Estado está autorizado a tomar frente a un individuo. En ellas, la libertad y la indemnidad personal se suspenden sobre la base de una discutible evaluación de riesgo sin que estén presentes las garantías que brinda el proceso penal.

Frente a este escenario, no buscamos ofrecer soluciones definitivas. En este artículo nuestro objetivo es exponer los principales debates que, desde la bioética, los estudios sociojurídicos y el enfoque de derechos humanos, configuran el abordaje legal de las medidas no consentidas en el derecho de la salud mental. Ello tiene como finalidad establecer un marco teórico y conceptual para la discusión sobre aspectos regulatorios de estas medidas de una manera informada por la literatura existente y que responda a los desafíos planteados por su regulación internacional. La hipótesis sobre la que descansa este objetivo es que existen ciertos *nudos críticos* que no representan meras opciones de política pública o legislativa, sino tensiones estructurales que son irreductibles en el ámbito de la relación entre el derecho y la psiquiatría. La regulación de las medidas no consentidas, en este sentido, opera en ciertos aspectos con una lógica de suma cero, en la que la maximización de cierto objetivo conlleva el sacrificio de otros que también pueden ser reivindicados como valiosos⁶.

Para desarrollar este argumento, este artículo está estructurado en torno a tres nudos críticos que abordamos en la sección IV. Estos son: 1) la tensión entre el cuidado de la salud y el respeto de la autonomía, 2) los

ción psicomotora en la atención de salud mental (en consulta) y las orientaciones para la implementación de Declaraciones de Voluntad Anticipadas, en el marco del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental (en consulta).

⁵ Por ejemplo, de la información pública disponible, solo conocemos que el promedio de internaciones no consentidas entre 2008 y 2016 en Chile fue de 594 casos al año, según BUSTAMANTE y CAVIERES (2018).

⁶ SZMUKLER y GOSTIN (2021) despliegan este argumento desde una perspectiva histórica en Inglaterra y Gales. Sin embargo, es quizás ROSE (1985), pp. 200-209, quien ha formulado la más aguda de las críticas al proyecto de salvaguardar jurídicamente los abusos en el ámbito de la salud mental. Su argumento apunta a que la acusación de control social dirigido a la psiquiatría también puede ser dirigida a la profesión legal y que la supervisión judicial simplemente cambia una forma de discreción (la psiquiátrica) por otra (la jurídica), y que dicha discreción sigue estando en tensión con los derechos de aquellas personas sujetas a medidas no consentidas.

procesos y dinámicas de medicalización y juridificación del tratamiento de la salud mental, y 3) la disputa entre proyectos de reforma y abolición de las medidas no consentidas. Buscamos iluminar las implicancias y costos de estas tensiones para evitar un abordaje que, por ignorar estas tensiones, termine desprotegiendo a quienes pretende servir. Las dos secciones siguientes proveen un contexto para su abordaje. En la sección II, introducimos ciertas elecciones de conceptos e identificamos la constelación de medidas que constituyen el objeto de estudio de este trabajo. La sección III, a su vez, describe la emergente regulación chilena sobre las medidas no consentidas.

II. ¿QUÉ SON LAS MEDIDAS NO CONSENTIDAS EN SALUD MENTAL?

El abordaje de ciertas medidas en contextos de salud mental ha asumido una terminología que hace referencia a su carácter *coactivo*, es decir, que son aplicadas mediante el uso de la fuerza o la amenaza. También se hace referencia a su carácter *involuntario*, es decir, que son aplicadas en contra (o en ausencia) de la voluntad del paciente⁷. Aquí hemos preferido referirnos al carácter *no consentido* de las medidas. Ello responde a un énfasis en el respeto del consentimiento informado impulsado por los estándares de derechos humanos⁸ y permite, además, evaluar bajo un mismo marco conceptual un grupo más amplio de casos. Este es un punto conceptual crítico porque muchas personas son sometidas a medidas sin consentimiento (o con el consentimiento de un tercero) sobre la base de que no cuentan con la capacidad para consentir. Esos casos muchas veces no son procesados institucionalmente como casos en que se obra involuntaria o coactivamente, pero sí quedan cubiertos por la terminología de las medidas no consentidas y también deberían recibir la cobertura de las salvaguardas diseñadas para evitar abusos en este ámbito.

Las medidas no consentidas en el contexto de salud mental presentan diferentes supuestos de aplicación, con pequeñas variaciones según el tipo de medida y la jurisdicción de que se trate, pero con una identidad funcional similar. Ellas normalmente proceden de forma excepcional, únicamente cuando no existe una medida menos lesiva para los derechos de la persona y cuando: 1) existe un peligro para el paciente (para su vida y seguridad personal), 2) existe un peligro para terceros y en ciertas jurisdic-

⁷ Por ejemplo, SZMUKLER (2018).

⁸ Por ejemplo, el artículo 25 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

ciones, y 3) es identificada una falta de la capacidad para tomar decisiones acerca de su tratamiento de salud mental⁹.

Las medidas no consentidas pueden ser separadas en tres categorías¹⁰. Primero, la internación u hospitalización no consentida (o, como la denomina la Ley 21331, hospitalización psiquiátrica involuntaria). Esta medida implica el ingreso y la retención de una persona en un recinto hospitalario sin su consentimiento, generalmente basándose en criterios legales de riesgo inminente para sí o terceros. Representa, por tanto, una privación de libertad fundamentada en razones de salud mental¹¹.

Segundo, los tratamientos no consentidos, que buscan intervenir directamente sobre la condición de salud mental a pesar de la negativa o falta de consentimiento válido del paciente. Estos incluyen usualmente la medicación y menos usualmente la psicoterapia, la alimentación no consentida, el tratamiento electroconvulsivo y otros tratamientos físicos no invasivos¹². El tratamiento electroconvulsivo, que es el más infame entre aquellos, consiste en la inducción de una convulsión controlada en el paciente mediante la aplicación de una corriente eléctrica en el cerebro¹³. A estos tratamientos podría agregarse la psicocirugía u otros tratamientos invasivos, con efectos irreversibles, pero estos tratamientos están generalmente prohibidos como medidas no consentidas¹⁴.

Tercero, las medidas no consentidas con una finalidad terapéutica indirecta, orientadas principalmente a gestionar conductas consideradas de riesgo o disruptivas dentro del entorno de tratamiento, más que a curar la condición de base, como el aislamiento (u observación continua en sala individual) o la incomunicación, pero especialmente la contención. La contención puede ser física, mecánica o química. Contención física es la reducción de movimientos usando el cuerpo, contención mecánica es la limitación mediante el uso de dispositivos como correas o camisas de fuerza, y la contención química consiste en el uso de medicamentos para controlar comportamientos extremos¹⁵. Estas intervenciones son altamen-

⁹ WICKREMSINHE (2018).

¹⁰ Véase ALBRECHT (2016) y STEINERT (2016).

¹¹ Por ejemplo, Chile, artículo 13 de la Ley 21331.

¹² MARSHALL (2025), pp. 168-169.

¹³ DA CUNHA, DA SILVA Y SANTOS (2023).

¹⁴ Por ejemplo, Chile, artículo 17 de la Ley 21331.

¹⁵ Véase MCSHERRY y MAKER (2020) y AL-MARAIRA y HAYAJNEH (2019). Una cuarta categoría podría incluir la aplicación de sanciones disciplinarias en contextos de hospitalización por razones de salud mental, las que son, evidentemente, no consentidas. Una quinta categoría podría incluir una serie de medidas cuya finalidad es someter a los pacientes a un mayor control por parte de los equipos de salud cuando están siendo

te restrictivas de la libertad y deben aplicarse solo como último recurso ante un peligro inminente.

III. LA REGULACIÓN NACIONAL DEL TRATAMIENTO NO CONSENTIDO EN SALUD MENTAL

Previo a la dictación de la Ley 20584 de 2012, las medidas no consentidas se hallaban reguladas a nivel puramente reglamentario por el Decreto Supremo 570 de 2000, cuya cobertura legal estaba en normas muy generales del Código Sanitario. A partir de 2012, la Ley 20584 complementó la regulación administrativa, estableciendo una serie de requisitos para las medidas no consentidas en sus artículos 25 y 27. Al examinar esta normativa, el *Informe anual* del Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) constató su alejamiento de los estándares internacionales de derechos humanos¹⁶.

La reciente entrada en vigor de la Ley 21331 en 2021 modificó considerablemente el esquema normativo aplicable a los pacientes de los servicios de salud mental. En particular, vinculó las medidas no consentidas a los principios de excepcionalidad, transitoriedad y necesidad contemplados en su artículo 11. Si bien esta ley autoriza las medidas no consentidas, también regula y restringe su aplicación. La hospitalización no consentida solo procede en casos en los que exista una situación real de riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros, y debe cumplirse una serie de condiciones establecidas en el artículo 13. Además, sujeta a una supervisión judicial (ante tribunales de familia) conforme al artículo 14, que la hace procedente de forma automática «transcurridas 72 horas desde la hospitalización involuntaria, si se mantienen todas las condiciones que la hicieron procedente y se estima necesario prolongarla»¹⁷.

En materia de tratamientos no consentidos la regulación es compleja, pues deben conjugarse el derecho al consentimiento informado en los tratamientos de salud mental establecido en los artículos 4 y 9 de la Ley 21331; las hipótesis del artículo 15 de la Ley 20584, que permiten al equipo médico prescindir de la manifestación de voluntad del paciente; y la prohibición del artículo 17 de esta misma ley acerca de someter a la persona hospitalizada en forma involuntaria a procedimientos o tratamientos

tratados en la comunidad (esto es, fuera del hospital), como es el caso de las órdenes de tratamiento comunitario. Véase MOLODYSKI, RUGKÅSA Y BURNS (2016).

¹⁶ INSTITUTO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (2014), pp. 115-117.

¹⁷ Véase MARSHALL (2025), pp. 159-168.

irreversibles, como esterilización o psicocirugía¹⁸. A pesar de los cambios realizados por la Ley 21331, recién en octubre de 2025 se publicó el Decreto Supremo 9, que establece el reglamento sobre hospitalización psiquiátrica y que regula el uso de medidas no consentidas de acuerdo con la ley, y que deroga el Decreto Supremo 570¹⁹.

Existen otros documentos que dan cuenta de la política pública en materia de salud mental, en un sentido más amplio, como es el caso de los planes nacionales de 2001 y 2017 del Ministerio de Salud. Es interesante notar la influencia de los estándares internacionales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en el último de estos planes, usados para analizar críticamente el estado de la regulación nacional y para fundar la necesidad de una reforma profunda en la materia, en el que el abordaje de las medidas no consentidas se incluye dentro de las prioridades. En este marco, el Ministerio de Salud impulsa una nueva ley de salud mental integral que complementaría a la ya mencionada Ley 21331²⁰.

Finalmente, existen documentos que permiten comprender el panorama de las medidas no consentidas en la práctica. En este sentido, el Comité de Prevención contra la Tortura advirtió sobre las siguientes prácticas: 1) procedimientos invasivos e irreversibles; 2) terapia electroconvulsiva no consentida; 3) contención física, contención farmacológica y salas de aislamiento; y 4) abuso verbal, psicológico, físico y sexual, y el descuido físico y emocional²¹. Dichas constataciones, en todo caso, no son nuevas, y se basaron en parte en los informes anuales previos del INDH de 2014 y 2017²², y en las observaciones del Comité de la CDPD de 2016 y 2020²³.

Organizaciones de la sociedad civil también han adoptado una posición activa en este diagnóstico²⁴. Sin embargo, es probable que la urgencia

¹⁸ Véase MARSHALL (2025), pp. 168-169.

¹⁹ En sus artículos 13, 62 y 68, que tratan sobre las contenciones y la observación continua en sala individual, el Decreto Supremo 9 regula el manejo de conductas perturbadoras o agresivas en la hospitalización psiquiátrica. A su vez, el título 3 del reglamento aborda la hospitalización involuntaria. No existe normativa de rango legal o reglamentario sobre la terapia electroconvulsiva, la que está regulada únicamente por la Norma Técnica para el Uso de Terapia Electroconvulsiva (2025), del Ministerio de Salud, cuyo propósito declarado consiste en generar una práctica segura y efectiva.

²⁰ Véase, por ejemplo, Chile, Proyecto de Ley de Salud Mental Integral.

²¹ Comité de Prevención contra la Tortura (2022), pp. 19-23.

²² INDH (2014), pp. 114-123; INDH (2017), pp. 97-III; e INDH (2024), pp. 355-426.

²³ Véase Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/CHL/QPR/2-4 y CRPD/C/CHL/CO/1.

²⁴ Véase PAVÉZ y BENAVIDES (2021) y CÍRCULO EMANCIPADOR DE MUJERES Y NIÑAS

de las reformas en esta materia obedezca a ciertos escándalos o casos de alta connotación pública más que a procesos de evaluación de política pública²⁵. Los casos de tortura sexual en el Instituto Psiquiátrico Horwitz Barak²⁶, el caso de tortura en el Hospital Psiquiátrico el Peral²⁷ y el caso de uso de terapia electroconvulsiva sin anestesia general en el Hospital Psiquiátrico de Valparaíso²⁸ son factores que han puesto la reforma de salud mental, incluida una reforma a la regulación de las medidas no consentidas, entre las prioridades de la agenda del Ministerio de Salud.

IV. NUDOS CRÍTICOS

Tras contextualizar y describir el marco conceptual y normativo de las medidas no consentidas, en esta sección abordamos tres nudos críticos. Analizamos las tensiones y dilemas que marcan los debates centrales que definen la regulación de estas medidas: 1) el equilibrio entre cuidado de la salud y autonomía, 2) la dinámica entre medicalización y juridificación y 3) la disyuntiva entre reforma o abolición de estas medidas.

1. Salud versus autonomía

El principal desafío que enfrenta la práctica de las medidas no consentidas desde un punto de vista normativo es equilibrar la protección de derechos individuales, como el consentimiento informado y la autonomía personal, con la protección de personas que, debido a una condición de salud mental, pueden constituir un riesgo para sí mismos o para terceros²⁹. Las medidas no consentidas se presentan como una solución en que el personal médico limita los derechos individuales y, por tanto, deben estar sujetas a una regulación que ayude a prevenir abusos. Sin embargo, ellas han sido criticadas por la academia, entidades de políticas públicas y organizaciones de derechos humanos, las que han alertado que su uso no solo ha sido para fines terapéuticos, sino también para controlar conductas socialmente desafiantes³⁰. Esta tensión ha llevado a un escrutinio constante

CON DISCAPACIDAD DE CHILE Y AGRUPACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (2020).

²⁵ Véase BUTLER y DRAKEFORD (2005).

²⁶ Véase INDH (2021).

²⁷ Véase INDH (2021).

²⁸ Véase BARRERA *et al.* (2022).

²⁹ SZMUKLER (2018), p. xvi.

³⁰ SZMUKLER (2018), pp. xvii, 20-21.

y a cambios regulatorios globales, especialmente desde la entrada en vigor de la CDPD, en 2008³¹.

El marco más común en Chile y el mundo para el análisis de esta materia es el principialismo bioético³². Este marco discute las decisiones acerca de medidas no consentidas sobre la base de los principios de autonomía y beneficio del paciente como elementos que el personal médico debe ponderar a la hora de adoptar decisiones³³. Desde esta perspectiva, se argumenta que el Estado y los profesionales sanitarios tienen un deber de proteger la vida y la integridad física de las personas, incluso si esto implica actuar en contra de sus deseos expresados en un momento de crisis o alteración mental. Esta postura se sustenta en la idea de que ciertas condiciones de salud mental pueden mermar la capacidad del individuo para reconocer su necesidad de tratamiento o para tomar decisiones que salvaguarden su propio bienestar³⁴. Se presume que, sin intervención, la persona podría sufrir un daño grave o irreversible, o que podría infligir ese tipo de daño a otros³⁵. La justificación de la hospitalización psiquiátrica involuntaria, por ejemplo, se ha basado tradicionalmente en la prevención del sufrimiento y en la provisión de un cuidado apropiado cuando la persona es considerada incapaz de tomar decisiones racionales sobre su tratamiento, o cuando existe un riesgo inminente³⁶. En este sentido, se considera que el tratamiento no consentido puede ser un medio necesario para restaurar la salud y, eventualmente, la propia capacidad de la persona para ejercer su autonomía de manera más plena en el futuro³⁷.

En contraposición, el principio de autonomía defiende el derecho fundamental de toda persona a la autodeterminación y al consentimiento informado en todas las decisiones que afecten a su salud y a su cuerpo³⁸. Desde esta perspectiva, cualquier intervención sin el consentimiento libre y voluntario del individuo, o con un consentimiento sustituto, es vista como una violación de su integridad y libertad personal. La CDPD ha reforzado vigorosamente este principio y ha establecido que las personas con discapacidad, incluidas aquellas con discapacidad psicosocial y con

³¹ Para las versiones más comprensivas de esta discusión, véase GOODING (2017) y WILSON (2021).

³² Véase BUSTAMANTE y CAVIERES (2018), SZMUKLER (2018) y TÄNNSJÖ (1999).

³³ BEAUCHAMP y CHILDRESS (2001).

³⁴ SZMUKLER (2018), p. 72.

³⁵ TÄNNSJÖ (1999), pp. 89 y 96; SZMUKLER (2018), p. xvii.

³⁶ SZMUKLER (2018), p. 8.

³⁷ FREEMAN *et al.* (2015), p. 846; SZMUKLER, DAW y CALLARD (2014), p. 250.

³⁸ TÄNNSJÖ (1999), pp. 5 y 22-23.

problemas persistentes de salud mental, tienen derecho a disfrutar de capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida (artículo 12) y que la existencia de una discapacidad no justificará en ningún caso una privación de libertad (artículo 14)³⁹. La interpretación del Comité de la CDPD es que se deben respetar en todo momento la «voluntad y preferencias» de la persona, abogando por la abolición de los regímenes de tratamiento forzoso y la toma de decisiones sustituta en favor de sistemas de apoyo⁴⁰. Se argumenta que la coerción puede ser experimentada como profundamente humillante y traumatizante, lo que mina la confianza en los servicios de salud mental y empeora el estigma y la discriminación⁴¹. Además, se cuestiona la fiabilidad de las evaluaciones de riesgo⁴² y la presunción de que la persona agradecerá posteriormente la intervención coercitiva⁴³.

La tensión se agudiza al considerar que la propia CDPD reconoce el derecho de las personas con discapacidad al disfrute del más alto nivel posible de salud sin discriminación, conforme a su artículo 25⁴⁴. Negar un tratamiento necesario a una persona cuya capacidad de decisión está severamente comprometida, basándose en un respeto absoluto a una negativa que bien podría ser síntoma o manifestación de su condición, podría interpretarse como una falla en garantizar este derecho a la salud en igualdad de condiciones⁴⁵. Por ello, es imperativa la búsqueda de soluciones que intenten conciliar estos principios, como aquellas que proponen que el tratamiento no consentido solo se aplique cuando la capacidad de toma de decisiones para un tratamiento específico esté deteriorada, y siempre dando primacía a los valores y la perspectiva del individuo, interpretando su «mejor interés» de la forma más alineada posible con su «voluntad y preferencias» auténticas y sostenidas en el tiempo⁴⁶. No obstante, la definición y aplicación práctica de estos conceptos («capacidad», «voluntad y preferencias», «mejor interés subjetivo») sigue siendo un desafío central en el esfuerzo por equilibrar en la práctica la protección de la vida y el

³⁹ SZMUKLER, DAW y CALLARD (2014), p. 245.

⁴⁰ FREEMAN *et al.* (2015), p. 844; SZMUKLER (2018), pp. 129-130.

⁴¹ SZMUKLER (2018), p. 13; MADEIRA y SANTOS (2022), p. 6.

⁴² SZMUKLER (2018), pp. 39-51.

⁴³ BUSTAMANTE y CAVIERES (2018), p. 514.

⁴⁴ SZMUKLER, DAW y CALLARD (2014), p. 250.

⁴⁵ FREEMAN *et al.* (2015), p. 846; SZMUKLER (2018), p. 230.

⁴⁶ SZMUKLER, DAW y CALLARD (2014), pp. 248-249; SZMUKLER (2018), pp. 117-118 y

cuidado de la salud y el respeto a la autonomía individual en el ámbito de las medidas no consentidas⁴⁷.

En cierta medida, los intentos de conciliación de estos principios enfrentan límites estructurales. La insistencia radical en la autonomía individual, desprovista de un contexto de apoyos, puede derivar en la desprotección del sujeto frente a las consecuencias destructivas de su propia crisis y transformar el respeto a la libertad en una forma de negligencia estatal⁴⁸. Inversamente, la primacía automática del criterio de salud o beneficencia corre el riesgo de infantilizar a la persona y anular su agencia bajo la presunción de que el saber médico tiene precedencia tanto sobre los valores como sobre los conocimientos provenientes desde la experiencia de los usuarios⁴⁹.

En el contexto chileno, esta tensión se materializa en la Ley 21331. Si bien la norma declara proteger la autonomía, la operación del artículo 13 mantiene la lógica del «*riesgo cierto e inminente*» como el umbral decisivo que habilita la aplicación de medidas no consentidas. Esto sugiere que, a pesar del énfasis en el respeto a la voluntad y las preferencias y la inclusión de apoyos para el ejercicio de la capacidad jurídica del artículo 4 de la ley, que concretan la protección de la autonomía de la persona en la lógica relacional de la CDPD, el ordenamiento jurídico nacional sigue resolviendo el conflicto a favor del principio de beneficencia cuando se constata una situación de crisis, lo que perpetúa la fricción entre el mandato de protección y el respeto a la voluntad manifestada.

2. Medicalización versus juridificación

Desde el punto de vista de su diseño institucional, la regulación de las medidas no consentidas supone una articulación de competencias profesionales y de saberes disciplinares. Por un lado, el personal de la salud —especialmente psiquiatras— cumple el rol de evaluar, diagnosticar y determinar la aplicación de medidas sobre la base de criterios clínicos. Por otro lado, los actores jurídicos involucrados están llamados a regular la práctica clínica, proteger los derechos de los pacientes, especialmente sensibles en estos casos, y resolver los conflictos que puedan surgir. Los diseños institucionales disponibles pueden ser más medicalizados si conceden mayor discreción al personal de salud, o más legalizados si entregan mayor control sobre las decisiones médicas a actores jurídicos. Un diseño desea-

⁴⁷ SZMUKLER (2018), pp. 101-102 y 133.

⁴⁸ Véase, por ejemplo, FREEMAN *et al.* (2015), pp. 844-846.

⁴⁹ Véase, como obra de referencia de esta posición, SAKS (2010).

ble, sin embargo, supone encontrar un equilibrio entre ambos elementos. Esta relación entre medicina y derecho en el ámbito de la salud mental ha sido abordada desde varias perspectivas. Tres son de interés aquí.

La primera es una perspectiva histórica. Analiza el proceso de evolución de la regulación de salud mental y ha sido descrita por la literatura anglosajona como una sucesión de tres modelos que explican las reformas legislativas en esta área: legalismo, medicalismo y nuevo legalismo⁵⁰. El periodo del *legalismo*, durante el siglo XIX, se dirigió a la formalización de procedimientos legales y el establecimiento de salvaguardas para evitar errores y abusos (enfocándose en evitar la internación de personas sanas)⁵¹. La primera regulación en Chile data de 1856, cuando se dictó la Ley de las Casas de Locos que daba cuenta del funcionamiento de la Casa de Orates fundada en 1852 en Santiago⁵². La emergencia del *medicalismo* durante el siglo XX coincidió con la creencia de que la psiquiatría estaba adquiriendo un mayor nivel de objetividad y cientificidad y que las salvaguardas legales entorpecían la persecución de objetivos terapéuticos⁵³. Esto llevó a procesos de desregulación y coincide con la ausencia de regulación legal relevante durante gran parte del siglo XX en Chile⁵⁴. Finalmente, la emergencia del *nuevo legalismo* hacia fines del siglo XX no estuvo dirigida a evitar la internación errónea de personas sanas, sino a salvaguardar los derechos de los pacientes efectivamente afectados por problemas de salud mental⁵⁵.

Este último modelo fue impulsado por una actitud de escepticismo ante las credenciales científicas de la moderna psiquiatría y una confianza en la capacidad del derecho para regular la práctica de la salud mental. Sus objetivos incluyen el reconocimiento del derecho a la atención de salud mental y la limitación (aunque no reemplazo) de la discreción del personal de salud, entre otros⁵⁶. Las reformas impulsadas de forma global desde la entrada en vigor de la CDPD, entre las que se encuentra la reciente reforma chilena, que se corresponde con el enfoque de derechos humanos

⁵⁰ BROWN (2016), pp. 1-2; FANNING (2018), pp. 90-98; SZMUKLER y GOSTIN (2021), pp. 69-71. Véase también SERIES (2022).

⁵¹ BROWN (2016), p. 2; FANNING (2018), p. 92; SZMUKLER y GOSTIN (2021), p. 69.

⁵² Véase CAMUS (1993).

⁵³ BROWN (2016), p. 1; FANNING (2018), p. 93; SZMUKLER y GOSTIN (2021), p. 70.

⁵⁴ La segunda regulación de las medidas no consentidas en Chile corresponde al Decreto 68 de 1927 (Reglamento para Servicios de Salubridad Mental), que estuvo vigente hasta el 2000 y que obtuvo cobertura legislativa recién en 1968 cuando entró en vigor el nuevo Código Sanitario, que en su libro 7 (artículos 130 a 134) establece normas acerca de «la observación y reclusión de los enfermos mentales».

⁵⁵ BROWN (2016), p. 4; FANNING (2018), p. 96; SZMUKLER y GOSTIN (2021), p. 71.

⁵⁶ ROSE (1985), p. 201; SZMUKLER y GOSTIN (2021), p. 71.

en salud mental, permiten hablar de una expansión global del modelo del nuevo legalismo⁵⁷. Ello no solo ha supuesto, como se verá, un cuestionamiento a las medidas no consentidas, sino que ha fortalecido la utilización de salvaguardas para el ejercicio de derechos en un contexto en que históricamente se han producido abusos⁵⁸: requiriendo evidencia objetiva para justificar las medidas no consentidas, limitando los tratamientos irreversibles, riesgosos o cuya efectividad no ha sido establecida, dándole un valor significativo a la voluntad y preferencias de aquellos que no pueden consentir, buscando segundas opiniones (incluyendo opiniones de otras disciplinas médicas o profesiones), entre otras medidas⁵⁹.

La evolución histórica tiene un correlato en una perspectiva teórica sobre la interacción entre medicina y derecho en salud mental. La teoría del medicalismo considera que la relación entre medicina y derecho debe ser una de colaboración y dirigirse a optimizar el cuidado y tratamiento que se brinda a las personas con problemas de salud mental⁶⁰. Ello es consistente con cierto paternalismo y una maximización de la discreción médica con objetivos terapéuticos, favorecida por normas con el carácter de principios antes que reglas con contenido formal determinado⁶¹. El legalismo teórico, por otro lado, enfatiza el rol distintivo del derecho en el establecimiento de salvaguardas que buscan abordar el desequilibrio de poder existente entre el médico y su paciente (y sus familias), lo que hace que los objetivos terapéuticos deban subordinarse al respeto de estándares legales, generalmente fundados en la protección de la autonomía del paciente⁶². Dos elementos que suponen un gran desafío para la ambición del legalismo tienen que ver con lo difícil de controlar la aplicación de conceptos al mismo tiempo ambiguos y con gran contenido técnico, como *desequilibrio mental* o la noción de *riesgo*⁶³. Para Rose, por ejemplo, no es claro si el objetivo de limitar el poder discrecional de los médicos puede lograrse efectivamente mediante medidas de control judicial⁶⁴.

⁵⁷ BROWN (2016), p. 5; MCSHERRY y FRECKELTON (2015), p. 3.

⁵⁸ DUDLEY, SILOVE y GALE (2012), p. 3.

⁵⁹ SZMUKLER y GOSTIN (2021), p. 71; BROWN (2016), p. 2. Recientemente, se ha sugerido la emergencia de una nueva etapa denominada nuevo medicalismo. Este enfoque consistiría en un nuevo énfasis en el concepto de riesgo, que operaría subordinando los objetivos de la protección de derechos al objetivo general de controlar y administrar el riesgo generado en el contexto de la salud mental. Véase FANNING (2018), pp. 98 y 120.

⁶⁰ JONES (1980), p. 8; SZMUKLER y GOSTIN (2021), p. 70.

⁶¹ JONES (1980), pp. 8 y 13.

⁶² BROWN (2016), p. 2; ROSE (1985), p. 200; SZMUKLER y GOSTIN (2021), p. 71.

⁶³ SZMUKLER (2018), pp. 39-51.

⁶⁴ ROSE (1985), pp. 199 y 205.

La tensión crítica aquí radica en que el desplazamiento del poder desde el médico hacia el juez no garantiza por sí mismo una mayor protección sustantiva. El riesgo del modelo legalista es la burocratización de la práctica psiquiátrica: el control judicial puede convertirse en un ritual formalista de validación de decisiones clínicas ya tomadas, en el que el juez, que carece de herramientas para evaluar el estado mental, se limita a verificar el cumplimiento de plazos y formularios. De esta forma, se corre el peligro de generar una juridificación vacía, que ofrece una apariencia de salvaguarda sin alterar la realidad que experimenta el paciente en el entorno hospitalario⁶⁵.

Las perspectivas históricas y teóricas han dado contexto a una visión que se propone articular institucionalmente elementos médicos y jurídicos en la práctica de medidas no consentidas. Se ofrecen diseños institucionales que pueden ser más medicalizados, si conceden mayor discreción a los profesionales de la salud, o más legalizados, si entregan mayor control sobre las decisiones médicas a actores jurídicos⁶⁶. Estas propuestas permiten entender, por ejemplo, que el hecho de que la medida no consentida tenga que ser autorizada *a priori* por un tribunal supone más poder legal sobre el médico que si la medida no consentida solo tiene que ser revisada con posterioridad por un tribunal⁶⁷. Ello, a su vez, supone más poder médico si dicho tribunal está integrado por al menos un miembro médico con poder de decisión. Cualquiera sea el diseño adoptado, este debe contemplar un equilibrio o una razonable articulación entre ambos elementos, que repercuta en un adecuado análisis de la pertinencia, oportunidad, riesgo e impacto de la práctica de las medidas no consentidas⁶⁸.

Finalmente, aunque no se corresponde completamente con la tensión entre medicina y derecho, el rol que ha tenido la perspectiva de los pacientes de los sistemas de salud mental ha sido una fuerza movilizadora para la transformación histórica y para el énfasis en la implementación y fortalecimiento de salvaguardas legales respecto de las medidas no consentidas⁶⁹. Existen estudios que se han enfocado en la percepción de la coerción e identificación de situaciones (humillaciones, castigos, mala comunicación, denegación de tratamiento, entre otros) y en soluciones que podrían

⁶⁵ ROSE (1985), pp. 202-203; BROWN (2016), p. 5.

⁶⁶ ARBOLEDA-FLÓREZ (2011), p. 83.

⁶⁷ SZMUKLER y GOSTIN (2021), p. 71.

⁶⁸ ARBOLEDA-FLÓREZ (2011), p. 93; MCSHERRY y FRECKELTON (2015), p. 92. Véase también NILSSON (2021), KÄMPF (2013), KALLERT (2011) y DONNELLY (2009).

⁶⁹ DUDLEY, SILOVE y GALE (2012), p. 566; KOGSTAD (2009), p. 383; SUGIURA, PERTEGA y HOLMBERG (2020), p. 1.

ser abordadas a través de salvaguardas legales⁷⁰. La evidencia muestra que la falta de comunicación y el desequilibrio de poder son obstáculos para el respeto de los derechos de los pacientes. Así, los servicios que fomentan la comunicación son capaces de superar los desequilibrios de poder y de promover un mayor apoyo comunitario, y son menos proclives al uso de medidas no consentidas⁷¹. Desde esta perspectiva, el rol que tiene el derecho trasciende a la salvaguarda judicial de derechos, y juega un rol en el empoderamiento de los pacientes, el éxito terapéutico y la evitación de las medidas no consentidas⁷².

La Ley 21331 sitúa a Chile en el modelo del nuevo legalismo. Al introducir el control judicial obligatorio de las hospitalizaciones involuntarias por parte de los Tribunales de Familia, el artículo 14 busca subordinar la discrecionalidad clínica al escrutinio legal. Sin embargo, una estructura formalmente legalista que, en la práctica cotidiana de los servicios de urgencia, sigue operando bajo lógicas puramente medicalizadas, establece un procedimiento de control que se ha demostrado en la práctica ineficiente para realizar un análisis sustantivo de las condiciones establecidas en la ley. En este sentido, existen indicios importantes de que los riesgos anotados acerca de un legalismo vacío se han materializado en el caso del control obligatorio del artículo 14 de la Ley 21331.

Este desajuste en la implementación nos lleva al tercer y último nudo crítico, en el que el desacuerdo ya no es procedimental e institucional, sino sustantivo: la legitimidad misma de la existencia de estas medidas.

3. *Abolición versus reforma*

Un aspecto crítico, que agrega complejidad al problema, radica en la falta de claridad respecto a los estándares de derechos humanos que deberían guiar la regulación de las medidas no consentidas. Aunque existen tratados y organismos internacionales que abordan la protección de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental, su posición en relación con este tema no es unívoca⁷³. Los diferentes actores a nivel internacional han respondido de maneras distintas a este desafío, lo que ha dado lugar a una variedad de enfoques y propuestas⁷⁴. Esta diversidad de interpretaciones, también en la academia, ha generado incertidumbre y ha dificultado la ta-

⁷⁰ KOGSTAD (2009), pp. 385-386; SUGIURA, PERTEGA y HOLMBERG (2020), p. 6.

⁷¹ KOGSTAD (2009), p. 389; SUGIURA, PERTEGA y HOLMBERG (2020), pp. 8-9.

⁷² KOGSTAD (2009), p. 390; SUGIURA, PERTEGA y HOLMBERG (2020), p. 9; DUDLEY, SILOVE y GALE (2012), p. 571.

⁷³ NEUMAN (2021), p. 56; MARTIN y GURBAI (2019), p. 117.

⁷⁴ GUILLOUD (2019), p. 1.

rea de llevar a cabo reformas coherentes con los estándares internacionales en la materia⁷⁵.

Las críticas a la actual regulación de las medidas no consentidas han supuesto, especialmente desde la entrada en vigor de la CDPD en 2008⁷⁶, una ola de reformas a nivel global, entre las que cabe contar el caso de Chile, que han avanzado hacia mayor legalismo en la regulación de las medidas no consentidas. Estas críticas, que en parte se fundamentan en que el ambiente de los recintos psiquiátricos es frecuentemente vulneratorio de derechos humanos⁷⁷, han sido acompañadas de una discusión a nivel académico acerca de cómo deben ser reguladas las medidas no consentidas.

Entre los distintos actores involucrados en este debate parece haber un acuerdo transversal en la necesidad de llevar a cabo un proceso de desinstitutionalización y cierre de los hospitales psiquiátricos y en el giro hacia un modelo comunitario de salud mental, como las iniciativas más importantes que contribuirían a la disminución de medidas no consentidas⁷⁸. Dichos consensos han quedado plasmados, por ejemplo, en el último informe de la Organización Mundial de la Salud⁷⁹. No obstante, subsiste un persistente desacuerdo en la academia, pero también entre organismos de derechos humanos, sobre cuál es la profundidad del cambio que debe adoptarse⁸⁰. Mientras una posición considera que deben llevarse a cabo reformas profundas con miras a limitar su uso, otra posición considera que las medidas no consentidas deben ser derechamente prohibidas⁸¹.

En relación con el desacuerdo al nivel del sistema universal de derechos humanos, debe considerarse que este sistema es complejo y horizontal, de modo que no existe una agencia facultada para resolver los pronunciamientos contradictorios que emiten sus organismos sobre ciertas materias. Las medidas no consentidas son uno de los casos de materias controvertidas, lo que ha dado lugar a lo que se ha conocido como el *Geneva impasse*, que recibe ese nombre por ser un desacuerdo entre diversos órganos de la Organización de las Naciones Unidas que tiene su sede en Ginebra⁸². Así, mientras que el Comité de Derechos Humanos ha sostenido que las medidas no consentidas, como la hospitalización involuntaria, están auto-

⁷⁵ WILSON (2021), p. 1.

⁷⁶ WICKREMSINHE (2018).

⁷⁷ SUNKEL (2019), p. 52; BARTLETT (2019), p. 49.

⁷⁸ PURAS y GOODING (2019), p. 42; FUNK y DREW (2019), p. 43.

⁷⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022).

⁸⁰ WILSON (2021), p. 3.

⁸¹ Véase, en general, WILSON (2021).

⁸² McSherry, Gooding y Maker (2023); NEUMAN (2021); MARTIN y GURBAI (2019).

rizadas en la medida en que sean proporcionales y necesarias para impedir que la persona cause daño a sí misma o a terceros⁸³, el Comité de la CDPD ha exigido una prohibición absoluta de toda medida no consentida⁸⁴, posición que ha reiterado⁸⁵. Otros órganos de derechos humanos que han tomado parte en esta inacabada discusión son el Comité de Prevención contra la Tortura⁸⁶, y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos⁸⁷. La discusión sustantiva ha versado especialmente sobre si el artículo 14 de la CDPD, que establece el derecho a la libertad ambulatoria, puede o no ser interpretado como fundante de una obligación de repeler la institución de la hospitalización involuntaria⁸⁸.

El desacuerdo en el contexto académico es también profundo, especialmente entre aquellos autores cuyo trabajo incluye la interpretación de la CDPD y el análisis de las regulaciones de salud mental a nivel del derecho doméstico de los Estados parte. Los argumentos para la abolición de las medidas no consentidas incluyen: 1) su carácter discriminatorio⁸⁹, 2) el carácter irrenunciable del consentimiento informado para el ejercicio del derecho a la salud⁹⁰, 3) que las medidas no consentidas serían una intervención no justificada en la integridad corporal de la persona⁹¹, y 4) que las medidas no consentidas constituirían una forma de tortura o trato cruel, inhumano o degradante⁹², entre otros. Por otro lado, quienes no están de acuerdo con la abolición de las medidas no consentidas argumentan que: 1) su aplicación en circunstancias excepcionales no resulta problemática siempre y cuando se apliquen en un marco que no discrimine directa o indirectamente a las personas con discapacidad⁹³, y 2) siempre y cuando se restrinja su aplicación a circunstancias limitadas, por el menor tiempo posible y bajo estricta aplicación de salvaguardas para prevenir el abuso⁹⁴.

⁸³ Comité de Derechos Humanos, Observación general 35, párrafo 19.

⁸⁴ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación general 1, párrafo 42.

⁸⁵ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, CRPD/C/27/3.

⁸⁶ Comité de Prevención contra la Tortura (2022).

⁸⁷ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A/HRC/34/32.

⁸⁸ GUILLOUD (2019), pp. 2-4; NEUMAN (2021), p. 61.

⁸⁹ FLYNN y ARSTEIN-KERSLAKE (2014); GURBAI (2020); MINKOWITZ (2010).

⁹⁰ WELLER (2012).

⁹¹ FLYNN *et al.* (2019), ARSTEIN-KERSLAKE (2015), McSHERRY (2008) y MINKOWITZ (2006).

⁹² DUDLEY, SILOVE y GALE (2012), LORD (2010) y MINKOWITZ (2006).

⁹³ SZMUKLER (2019) y STAVERT (2018).

⁹⁴ SZMUKLER (2019), DAWSON (2015) y RICHARDSON (2010).

Este debate no es meramente teórico, pues ambas posturas conllevan riesgos prácticos significativos. La adopción irrestricta de la posición abolicionista podría derivar en graves desprotecciones en sistemas sanitarios precarios. Eliminar la herramienta de las medidas no consentidas sin haber consolidado previamente una red robusta de apoyos comunitarios corre el riesgo de traducirse en un abandono estatal, en el que personas en crisis, al no ser contenidas por el sistema de salud, terminen siendo absorbidas por el sistema penal o quedando en situación de calle⁹⁵.

Inversamente, la postura reformista, que busca mantener las medidas no consentidas bajo criterios de excepcionalidad, enfrenta sus propios dilemas de legitimidad. El argumento del riesgo suele ser excesivamente elástico en la práctica clínica, lo que permite que las medidas no consentidas no se utilicen solo para salvar vidas. El peligro de este enfoque es que la juridificación termine funcionando como un mecanismo burocrático que legitima decisiones paternalistas⁹⁶. Así, el *Geneva impasse* revela un dilema trágico para el legislador: si obedece el mandato estricto de abolición del Comité de la CDPD, se arriesga a incumplir el deber de protección de la vida ante crisis agudas; pero si mantiene la potestad de internar, perpetúa una discriminación estructural. Esta tensión, por cierto, significa una dificultad para la promoción de los derechos humanos en la práctica clínica⁹⁷.

Este profundo desacuerdo dificulta la implementación doméstica de los estándares de derechos humanos y obliga a los Estados a tomar una posición. Sin embargo, la existencia de una base de consensos permite restringir el impacto del desacuerdo. La necesidad de contar con una regulación de las medidas no consentidas, por otro lado, hace irrenunciable para los Estados adoptar una posición al respecto, lo que implica la necesidad de pensar prácticas creativas cuando se suspenden o restringen las medidas no consentidas, con especial énfasis en la búsqueda de otorgar una atención y apoyos de calidad que trasciendan el enfoque puramente biomédico⁹⁸.

En este sentido, es realmente importante prestar atención a las reformas peruana y mexicana de salud mental que, al menos en su regulación, han hecho esfuerzos importantes por eliminar las medidas no consen-

⁹⁵ FREEMAN *et al.* (2015), p. 844; DAWSON (2015), pp. 70-71; VILLASEÑOR (2022), pp. 617-618.

⁹⁶ ROSE (1985), pp. 200-203.

⁹⁷ MCSHERRY, GOODING Y MAKER (2023), pp. 1-2.

⁹⁸ PURAS Y GOODING (2019), p. 42; FUNK Y DREW (2019), p. 43; FLYNN (2019), p. 51; SUNKEL (2019), p. 52.

das⁹⁹. En México, la reforma a la Ley General de Salud de 2022 transformó el marco jurídico al establecer que todo internamiento debe ser voluntario y estar sustentado en el consentimiento informado del usuario¹⁰⁰. Antes, Perú, a través de la Ley 30947 de 2019, restringió el uso del internamiento involuntario limitándolo a situaciones de emergencia psiquiátrica y diferenciándolo de la hospitalización, en un intento claro por cumplir con los mandatos de la CDPD¹⁰¹. No obstante, quienes han estudiado estas reformas expresan dudas respecto a su eficacia real para erradicar las medidas no consentidas en la práctica. Se ha advertido, por ejemplo, que en México persisten legislaciones estatales contradictorias con la legislación federal¹⁰², así como internamientos forzosos bajo excepciones de urgencia o en centros privados con escasa supervisión¹⁰³. En el caso peruano, se critica que la normativa mantiene brechas como la hospitalización por mandato judicial, lo que legitima privaciones de libertad indefinidas y revela la insuficiencia de servicios comunitarios para materializar la ambición de la reforma¹⁰⁴. Estas críticas sugieren que, sin cambios estructurales y presupuestarios profundos, las reformas corren el riesgo de mantener las medidas no consentidas bajo nuevas denominaciones normativas.

Mientras Perú o México han realizado esfuerzos regulatorios hacia la eliminación de las medidas no consentidas, Chile ha optado inequívocamente por la reforma mediante la Ley 21331. La legislación nacional asume la legitimidad de estas medidas, pero intenta restringirlas bajo principios de excepcionalidad. En consecuencia, el desafío para el contexto chileno es construir una práctica de atención capaz de convivir con la tensión de incumplir parcialmente el mandato abolicionista estricto. Para ello es importante hacerse cargo de que una de las críticas a las medidas no consentidas es que, si bien la legislación las presenta como excepcionales, en la práctica su aplicación se vuelve rutinaria. En este sentido, la acumulación normativa de condiciones de procedencia no parece ser relevante para eliminar o disminuir significativamente el fenómeno de la coacción, sino que ello depende de desarrollar un conjunto de procedimientos y alternativas que efectivamente disminuyan o desincentiven el recurso a las medidas no consentidas.

⁹⁹ VÁSQUEZ (2021).

¹⁰⁰ GARCÍA-AVITIA (2025), pp. 262-263; RAMÍREZ y GARCÍA-AVITIA (2025), pp. 164-165.

¹⁰¹ CONSTANTINO (2024), pp. 317-318.

¹⁰² RAMÍREZ y GARCÍA-AVITIA (2025), pp. 169-170.

¹⁰³ GARCÍA-AVITIA (2025), pp. 256-257. Para críticas más estructurales a la reforma legal mexicana, véase VILLASEÑOR (2022).

¹⁰⁴ CONSTANTINO (2024), p. 318; PONCE DE LEÓN y ERAUSQUIN (2024), p. 381.

V. CONCLUSIONES

La regulación de las medidas no consentidas en salud mental se encuentra en una encrucijada. Este artículo ha explorado algunos nudos críticos que definen el debate contemporáneo sobre esta práctica y ha evidenciado la complejidad de armonizar imperativos éticos, clínicos y jurídicos en un campo donde la intervención estatal puede ser profundamente invasiva.

El primer nudo crítico reside en la persistente tensión entre el principio de beneficencia, que impulsa la acción terapéutica incluso sin consentimiento ante un riesgo, y el principio de autonomía, que prioriza la voluntad y las preferencias del individuo.

Un segundo nudo se manifiesta en la dinámica histórica y teórica entre la medicalización y la juridificación de la salud mental. Mientras el medicalismo tiende a otorgar mayor discrecionalidad al saber clínico en la aplicación de medidas no consentidas, el legalismo, y especialmente el nuevo legalismo influenciado por la CDPD, busca establecer salvaguardas robustas y un mayor control judicial para proteger los derechos de los pacientes. Encontrar un equilibrio funcional entre la experticia clínica y la protección de derechos, que evite tanto la parálisis terapéutica como los abusos, sigue siendo un desafío central para los diseños institucionales.

El tercer nudo crítico aborda la profunda divergencia entre las posturas de reforma y abolición de las medidas no consentidas. Mientras algunos abogan por reformar los sistemas existentes para limitar el uso de la coerción, asegurar su excepcionalidad y fortalecer las salvaguardas, otros, inspirados en interpretaciones más radicales de la CDPD, demandan la prohibición total de cualquier medida no consentida, argumentando su carácter inherentemente discriminatorio y violatorio de la integridad personal, entre otras razones. Esta disputa, visible tanto en organismos internacionales como en la academia, genera incertidumbre en la implementación y el cumplimiento de estándares de derechos humanos a nivel doméstico.

En conclusión, el examen de los nudos críticos sugiere que la regulación de las medidas no consentidas en Chile requiere el reconocimiento de tensiones que son irreductibles. La disyuntiva entre abolición y reforma no ofrece soluciones exentas de riesgo, pues ambas implican costos en términos de desprotección o de posible coerción injustificada. Del análisis realizado se desprende una propuesta que aboga por un diseño institucional capaz de administrar estas tensiones en lugar de buscar su eliminación.

En este sentido, Chile se enfrenta a varios desafíos. Por un lado, consolidar una implementación sistemática de un sistema de apoyo en la toma de decisiones, que está contemplado de forma general en la Ley 21331, que

incluya el respeto de la voluntad y preferencias en las atenciones de salud mental¹⁰⁵, el reconocimiento de la capacidad jurídica¹⁰⁶ y una mejor regulación de un sistema de directivas anticipadas¹⁰⁷. Por otro lado, es urgente avanzar en la implementación de una serie de medidas alternativas que busquen evitar o reducir el recurso a las medidas no consentidas. Si bien ellas no están contempladas en la regulación legal vigente, tampoco esta legislación supone un obstáculo para la implementación, por ejemplo, de instancias de apoyo entre pares, los círculos de apoyo y cuidado, instancias de diálogo abierto, la planificación de crisis, los centros de crisis, entre otras medidas¹⁰⁸. La tarea pendiente consiste, entonces, en establecer salvaguardas y sistemas de apoyo que reconozcan esta complejidad, ponderando los riesgos asociados a cada intervención sin pretender anular la fricción existente entre los imperativos de cuidado y autonomía.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ALBRECHT, Hans-Jörg (2016): «Legal aspects of the use of coercive measures in psychiatry», en *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges* (Springer), pp. 31-48.
- AL-MARAIRA, Obay A., y HAYAJNEH, Ferial A. (2019): «Use of restraint and seclusion in psychiatric settings: A literature review», en *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Vol. 57, N° 4: pp. 32-39. DOI [10.3928/02793695-20181022-01](https://doi.org/10.3928/02793695-20181022-01).
- ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio (2011): «Psychiatry and the law - Do the fields agree in their views on coercive treatment?», en Thomas W. Kallert, Juan E. Mezzich y John Monahan (editores), *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects* (Chichester, Wiley-Blackwell), pp. 83-96. DOI [10.1002/9780470978573.ch6](https://doi.org/10.1002/9780470978573.ch6).

¹⁰⁵ Como se encuentra regulado, por ejemplo, los artículos 4, 9 números 4 y 7, y 21 de la Ley 21331; y los artículos 6, 13, 16 y 67 del Decreto Supremo 9.

¹⁰⁶ Sobre la reforma a la capacidad jurídica, véanse MARSHALL (2020), RODRÍGUEZ (2022) y el Proyecto de Ley que crea un Estatuto de Facilitadores y Asistentes. Sobre la relación entre la reforma a la capacidad jurídica y la regulación de la salud mental en Latinoamérica, véase MARSHALL (2023).

¹⁰⁷ Véanse SCHOLTEN, VAN MELLE y WIDDERSHOVEN (2021), SCHOLTEN *et al.* (2019), MARSHALL y GÓMEZ YURI (2022). Véanse, asimismo, las Orientaciones para la Implementación de Declaraciones de Voluntad Anticipadas, en el marco del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, del Ministerio de Salud (en consulta).

¹⁰⁸ Véanse GOODING (2021), GOODING, MCSHERRY y ROPER (2020), SUGIURA, PERTEGA y HOLMBERG (2020) y EWINGTON (2016).

- ARSTEIN-KERSLAKE, Anna (2015): «Challenging the foundations of mental health law», en *Precedent*, Vol. 128: pp. 32-36.
- BARRERA, Álvaro (2021): «Toda ley de Salud Mental debe legislar sobre la hospitalización involuntaria, o no será efectiva», en *Cuadernos Médico Sociales*, Vol. 61, N° 1: pp. 55-59.
- BARRERA, Álvaro; MOLODYSKI, Andrew; PENZENSTADLER, Louise, y KHAZAAL, Yasser (2022): «Electroconvulsive therapy without general anesthesia and the human rights of mental health patients: Some reflections on a recent situation in Chile», en *World Social Psychiatry*, Vol. 4, N° 3: pp. 199-201. DOI [10.4103/wsp.wsp_36_22](https://doi.org/10.4103/wsp.wsp_36_22).
- BARTLETT, Peter (2019): «Will and preferences in the overall CRPD project», en *World Psychiatry*, Vol. 18, N° 1: pp. 48-50. DOI [10/gh63db](https://doi.org/10/gh63db).
- BEAUCHAMP, Tom Lamar, y CHILDRESS, James Franklin (2001): *Principles of Biomedical Ethics* (Oxford, Oxford University Press).
- BROWN, Jennifer (2016): «The changing purpose of mental health law: From medicalism to legalism to new legalism», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 47: pp. 1-9. DOI [10.1016/j.ijlp.2016.02.021](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.021).
- BUSTAMANTE, Juan Antonio y CAVIERES, Álvaro (2018): «Internación psiquiátrica involuntaria; Antecedentes, reflexiones y desafíos», en *Revista Médica de Chile*, Vol. 146, N° 4: pp. 511-517. DOI [10.4067/s0034-98872018000400511](https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000400511).
- BUTLER, Ian y DRAKEFORD, Mark (2005): *Scandal, Social Policy, and Social Welfare* (Bristol, Policy Press).
- CAMPOS, Pablo (2024): «Hospitalización psiquiátrica involuntaria y los estándares de la CDPD: Revisión de la Ley 21331, sobre salud mental en Chile», en *Estudios Constitucionales*, Vol. 22, N° 1: pp. 181-210. DOI [10.4067/s0718-52002024000100181](https://doi.org/10.4067/s0718-52002024000100181).
- CAMUS, Pablo (1993): «Filantropía, medicina y locura: La Casa de Orates de Santiago, 1852-1894», en *Historia*, Vol. 27, N° 1: pp. 89-140.
- CASTRO, Manuel Alejandro (2023): «Coerción en las hospitalizaciones psiquiátricas en Chile: El sufrimiento de la locura en el siglo XXI», en *Salud Colectiva*, Vol. 19: e4349. DOI [10.18294/sc.2023.4349](https://doi.org/10.18294/sc.2023.4349).
- CÍRCULO EMANCIPADOR DE MUJERES Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD DE CHILE Y AGRUPACIÓN DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL (2020): *Presentación a lista de cuestiones previas del 2.º examen de Chile en el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad ONU*.
- Comité de Prevención contra la Tortura (2022): *Diagnóstico de caracterización y vulneraciones a los derechos humanos en el área de salud mental*. Disponible en <https://tipg.link/-hS3>.

- CONSTANTINO, Renato (2024): «Las privaciones de libertad por motivos terapéuticos en el Perú», en Renato Constantino C., Renata Bregaglio L. y Andrea Montecinos T. (editores), *Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica* (Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú), pp. 310-331.
- DA CUNHA, Catarina Isabel Martins Marques; DA SILVA, Joana Cristina Ribeiro, y SANTOS, Gustavo Miguel Cabral Machado França (2023): «Electroconvulsive therapy and informed consent in involuntary treatment — An opportunity to review the Mental Health Law in Portugal?», en *The Journal of ECT*, Vol. 39, N° 3: e8.
- DAWSON, John (2015): «A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 40: pp. 70-79. DOI [10.1016/j.ijlp.2015.04.003](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.003).
- DONNELLY, Mary (2009): «Treatment reviews: Legalism, process and rights protection», en Bernadette McSherry y Penelope Weller (editores), *Rethinking Rights-Based Mental Health Law* (Oxford, Hart Publishing), pp. 275-298.
- DUDLEY, Michael; SILOVE, Derrick, y GALE, Fran (editores) (2012): *Mental Health and Human Rights: Vision, Praxis, and Courage* (Oxford, Oxford University Press).
- EWINGTON, Jacqueline (2016): «Best practices for reducing the use of coercive measures», en *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges* (Cham, Springer): pp. 285-314. DOI [10.1007/978-3-319-26748-7_16](https://doi.org/10.1007/978-3-319-26748-7_16).
- FANNING, John (2018): *New medicalism and the Mental Health Act* (Oxford, Hart Publishing).
- FIGUEROA, Francisca (2017a): «Internamientos involuntarios y tratamientos forzados en psiquiatría: Autonomía y no discriminación como estándar de derechos humanos», en *Anuario de Derechos Humanos*, Vol. 13: pp. 111-121.
- (2017b): «Voces de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría contenidas en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Un nuevo paradigma abre camino en Chile», en *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*, Vol. 1, N° 1: pp. 123-142.
- FLYNN, Eilionóir (2019): «The rejection of capacity assessments in favor of respect for will and preferences: The radical promise of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities», en *World Psychiatry*, Vol. 18, N° 1: pp. 50-51. DOI [10/gbm9x4](https://doi.org/10/gbm9x4).

- FLYNN, Eilionóir, y ARSTEIN-KERSLAKE, Anna (2014): «Legislating personhood: Realising the right to support in exercising legal capacity», en *International Journal of Law in Context*, Vol. 10, N° 1: pp. 81-104. DOI [10.1017/S1744552313000384](https://doi.org/10.1017/S1744552313000384).
- FLYNN, Eilionóir; ARSTEIN-KERSLAKE, Anna; DE BHAILÍS, Cliona, y SERRA, Maria Laura (editores) (2019): *Global Perspectives on Legal Capacity Reform: Our Voices, Our Stories* (Londres, Routledge Taylor y Francis Group).
- FREEMAN, Melvyn Colin; KOLAPPA, Kavitha; DE ALMEIDA, José Miguel Caldas; KLEINMAN, Arthur; MAKHASHVILI, Nino; PHAKATHI, Sifiso; SARACENO, Benedetto, y THORNICROFT, Graham (2015): «Reversing hard won victories in the name of human rights: A critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities», en *The Lancet. Psychiatry*, Vol. 2, N° 9: pp. 844-850. DOI [10/ghctcs7](https://doi.org/10/ghctcs7).
- FUNK, Michelle, y DREW, Natalie (2019): «Practical strategies to end coercive practices in mental health services», en *World Psychiatry*, Vol. 18, N° 1: pp. 43-44. DOI [10/gh63dg](https://doi.org/10/gh63dg).
- GARCÍA-AVITIA, Cesar (2025): «Análisis de la Reforma de la Ley General de Salud en Materia de Salud Mental en México y su relación con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS», en *De Jure*, Vol. 1: pp. 236-274.
- GOODING, Piers (2017): *A New Era for Mental Health Law and Policy: Supported Decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (Cambridge, Cambridge University Press).
- (2021): «Mind the Gap: Researching “Alternatives to Coercion” in Mental Health Care», en Michael Ashley Stein, Faraaz Mahomed, Vikram Patel y Charlene Sunkel (editores), *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights* (Cambridge, Cambridge University Press), pp. 273-287. DOI [10.1017/9781108979016.021](https://doi.org/10.1017/9781108979016.021).
- GOODING, Piers; MCSHERRY, Bernadette, y ROPER, Cath (2020): «Preventing and reducing “coercion” in mental health services: An international scoping review of English-language studies», en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 142, N° 1: pp. 27-39. DOI [10.1111/acps.13152](https://doi.org/10.1111/acps.13152).
- GUILLOUD, Suzanne Doyle (2019): «The right to liberty of persons with psychosocial disabilities at the United Nations: A tale of two interpretations», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 66: 101497.
- GURBAI, Sándor (2020): «Beyond the Pragmatic Definition? The right to non-discrimination of persons with disabilities in the context of

- coercive interventions», en *Health and Human Rights*, Vol. 22, N° 1: pp. 279-292.
- HENRÍQUEZ, Sergio (2023): «Ley de reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental en Chile: Descripción crítica», en *Revista Justicia y Derecho*, Vol. 6, N° 1: pp. 1-19.
- INDH, Instituto Nacional de Derechos Humanos (2014): *Informe Anual 2014: Situación de los derechos humanos en Chile*. Disponible en <https://tipg.link/-kxL>.
- (2017): *Informe Anual 2017: Situación de los derechos humanos en Chile*. Disponible en <https://tipg.link/-kxS>.
- (2021): «INDH presenta querrela por tortura y apremios ilegítimos en Hospital Psiquiátrico el Peral», en *Instituto Nacional de Derechos Humanos*. Disponible en <https://tipg.link/-kxW>.
- (2024): *Informe Anual 2024: Situación de los derechos humanos en Chile*. Disponible en <https://tipg.link/-kxc>.
- JONES, Kathleen (1980): «The limitations of the legal approach to mental health», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 3, N° 1: pp. 1-15. DOI [10.1016/0160-2527\(80\)90016-3](https://doi.org/10.1016/0160-2527(80)90016-3).
- KALLERT, Thomas W. (2011): «Mental health care and patients' rights — Are these two fields currently compatible?», en Thomas W. Kallert, Juan E. Mezzich y John Monahan (editores), *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects* (Nueva York, Wiley), pp. 121-125. DOI [10.1002/9780470978573.ch8](https://doi.org/10.1002/9780470978573.ch8).
- KÄMPF, Annegret (2013): «Coercive care: The role of the law in treatment decisions», en Bernadette McSherry e Ian Richard Freckelton (editores), *Coercive Care* (Londres, Routledge), pp. 76-92.
- KOGSTAD, Ragnfrid E. (2009): «Protecting mental health clients' dignity — The importance of legal control», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 32, N° 6: pp. 383-391. DOI [10.1016/j.ijlp.2009.09.008](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.09.008).
- LORD, Janet E. (2010): «Shared understanding or consensus-masked disagreement? The Anti-Torture Framework in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities», en *Loyola of Los Angeles International y Comparative Law Review*, Vol. 33: pp. 27-81.
- MADEIRA, Luís Duarte, y SANTOS, Jorge Costa (2022): «Reconsidering the ethics of compulsive treatment in light of clinical psychiatry: A selective review of literature», en *F1000Res*, Vol. 11: p. 219. DOI [10.12688/f1000research.109555.3](https://doi.org/10.12688/f1000research.109555.3).
- MAHDANIAN, Artin A.; LAPORTA, Marc; DREW BOLD, Natalie; FUNK, Michelle, y PURAS, Dainius (2023): «Human rights in mental healthcare: A review of current global situation», en *International Review of Psychiatry*, Vol. 35, N° 2: pp. 150-162. DOI [10.1080/09540261.2022.2027348](https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2027348).

- MARSHALL, Pablo (2020): «State of the reform of legal capacity in Chile», en *International Journal of Mental Health and Capacity Law*, Vol. 27: pp. 60-69.
- (2023): «Argentina, Chile, Colombia, and Peru: The relationship of Mental Health Law and Legal Capacity», en Brendan Kelly y Mary Donnelly (editores), *Handbook of Mental Health Law* (Londres, Routledge), pp. 571-586.
- (2025): «La hospitalización psiquiátrica involuntaria en el derecho chileno: Aspectos sustantivos», en *Revista de Derecho* (Universidad Austral de Chile), Vol. 38, N° 2: pp. 153-175.
- MARSHALL, Pablo, y GÓMEZ YURI, Hernán (2022): «Directrices anticipadas en salud mental y el problema de la revocación», en *Acta Bioethica*, Vol. 28, N° 2: pp. 205-214.
- MARTIN, Wayne, y GURBAI, Sándor (2019): «Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 64: pp. 117-128. DOI [10.1016/j.ijlp.2019.03.001](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.03.001).
- MCSherry, Bernadette (2008): «Protecting the integrity of the person: Developing limitations on involuntary treatment», en *Law in Context*, Vol. 26, N° 2: pp. 111-124.
- MCSherry, Bernadette, y FRECKELTON, Ian Richard (2015): *Coercive Care: Rights, Law and Policy* (Londres, Routledge).
- MCSherry, Bernadette, y MAKER, Yvette (2020): *Restrictive Practices in Health Care and Disability Settings: Legal, Policy and Practical Responses* (Londres, Routledge).
- MCSherry, Bernadette, y WELLER, Penelope (editores) (2010): *Rethinking Rights-based Mental Health Laws* (Oxford, Hart Publishing).
- MCSherry, Bernadette; GOODING, Piers, y MAKER, Yvette (2023): «Human rights promotion and the “Geneva impasse” in mental healthcare: Scoping review», en *BJPsych Open*, Vol. 9, N° 3: e58. DOI [10.1192/bjo.2023.50](https://doi.org/10.1192/bjo.2023.50).
- Ministerio de Salud (2001): *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Disponible en <https://tipg.link/-M81>.
- (2017): *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2017-2025)*. Disponible en <https://tipg.link/-M87>.
- MINKOWITZ, Tina (2006): «The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the right to be free from nonconsensual psychiatric interventions», en *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, Vol. 34: pp. 405-428.
- (2010): «Abolishing mental health laws to comply with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities», en Bernadette McShe-

- rry y Penelope Weller (editores), *Rethinking rights-based mental health law* (Hart Publishing), pp. 151-177.
- MOLODYNski, Andrew; RUGKÅSA, Jorun, y BURNS, Tom (editores) (2016): *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives* (Oxford, Oxford University Press).
- NEUMAN, Gerald L. (2021): «Divergent human rights approaches to capacity and consent», en Michael Ashley Stein, Faraaz Mahomed, Vikram Patel y Charlene Sunkel (editores), *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights* (Cambridge, Cambridge University Press), pp. 56-69. DOI [10.1017/9781108979016.007](https://doi.org/10.1017/9781108979016.007).
- NILSSON, Anna (2021): *Compulsory Mental Health Interventions and the CRPD: Minding Equality* (Londres, Hart).
- OSORIO M., Juan Pablo; PARRINI V., Javiera; GALDAMES G., Francisco, y DINAMARCA C. Fernando (2016): «Duración de días de hospitalización psiquiátrica en pacientes con diagnósticos GES con y sin comorbilidades», en *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, Vol. 54, N° 1: pp. 19-26. DOI [10.4067/S0717-92272016000100003](https://doi.org/10.4067/S0717-92272016000100003).
- PAVÉZ, Paulina y BENAVIDES, Marcela (2021): *Estudio sobre salud mental en Chile: Una revisión de las estadísticas 2001-2018, sobre la situación de las personas con discapacidad psicosocial*. DOI [10.13140/RG.2.2.24032.20481](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24032.20481).
- PONCE DE LEÓN, José Carlos y ERAUSQUIN, Maria Grazia (2024): «La salud mental en el Perú: Progreso hacia la desinstitucionalización», en *Privaciones de libertad por razones de salud mental en Latinoamérica* (Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú), pp. 363-386.
- PURAS, Dainius, y GOODING, Piers (2019): «Mental health and human rights in the 21st century», en *World Psychiatry*, Vol. 18, N° 1: pp. 42-43. DOI [10/ghss9p](https://doi.org/10/ghss9p).
- RAMÍREZ, Guillermo y GARCÍA-AVITIA, Cesar (2025): «Del paradigma tutelar al modelo de derechos: Análisis comparativo de la alineación de las leyes de salud mental estatales de México con la reforma de la ley general de salud de 2022», en *Revista Derecho y Salud*, Vol. 9, N° 10: pp. 163-180.
- RICHARDSON, Genevra (2010): «Involuntary treatment, human dignity and human rights», en *Critical Perspectives on Human Rights and Disability Law* (Leiden, Brill Nijhoff), pp. 137-156.
- RODRÍGUEZ, María Isabel (2022): «La capacidad jurídica de las personas con discapacidad en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y los principales desafíos para el legislador chileno», en *Revista de Derecho* (Universidad de Concepción), Vol. 90: pp. 45-73. DOI [10.29393/RD252-2CJMR10002](https://doi.org/10.29393/RD252-2CJMR10002)

- ROSE, Nikolas (1985): «Unreasonable rights: Mental illness and the limits of the law», en *Journal of Law and Society*, Vol. 12, N° 2: pp. 199-218. DOI [10.2307/1409967](https://doi.org/10.2307/1409967).
- ROSEL, Leonardo; PIGOZZI, Pier y ARENAS, Ángela (2023): «Desafíos clínicos y normativos de la internación forzada en Chile, en virtud de la nueva Ley de Salud Mental», en *Revista Médica de Chile*, Vol. 151, N° 4: pp. 497-504.
- SAKS, Elyn R. (2010): *Refusing Care: Forced Treatment and the Rights of the Mentally Ill* (Chicago, Chicago University Press).
- SANTANDER, Jaime; HUERTA, Daniela; ACEITUNO, David y FUENTES, Ximena (2011): «Descripción clínica y socio-demográfica de pacientes psiquiátricos internados involuntariamente bajo el régimen de hospitalización administrativa en Chile», en *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, Vol. 49, N° 2: pp. 157-164. DOI [10.4067/S0717-92272011000200005](https://doi.org/10.4067/S0717-92272011000200005).
- SCHOLTEN, Matthé; GIESELMANN, Astrid; GATHER, Jakov, y VOLLMANN, Jochen (2019): «Psychiatric advance directives under the convention on the rights of persons with disabilities: Why advance instructions should be able to override current preferences», en *Frontiers in Psychiatry*, Vol. 10: 631. DOI [10/ggjd3p](https://doi.org/10/ggjd3p).
- SCHOLTEN, Matthé; VAN MELLE, Laura, y WIDDERSHOVEN, Guy (2021): «Self-binding directives under the new Dutch Law on Compulsory Mental Health Care: An analysis of the legal framework and a proposal for reform», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 76: 101699. DOI [10.1016/j.ijlp.2021.101699](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2021.101699).
- SERIES, Lucy (2022): *Deprivation of Liberty in the Shadows of the Institution* (Bristol, Policy Press).
- SPIVAKOVSKY, Claire; STEELE, Linda, y WELLER, Penelope (editores) (2020): *Legacies of Institutionalisation: Disability, Law and Policy in the "Deinstitutionalised" Community* (Oxford, Hart Publishing). DOI [10.5040/9781509930760](https://doi.org/10.5040/9781509930760).
- STAVERT, Jill (2018): «Paradigm shift or paradigm paralysis? National Mental Health and Capacity Law and implementing the CRPD in Scotland», en *Laws*, Vol. 7, N° 3: pp. 26. DOI [10.3390/laws7030026](https://doi.org/10.3390/laws7030026).
- STEINERT, Tilman (2016): «An international perspective on the use of coercive measures», en *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges* (Cham, Springer International Publishing), pp. 87-100. DOI [10.1007/978-3-319-26748-7_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-26748-7_6).
- SUGIURA, Kanna; PERTEGA, Elvira, y HOLMBERG, Christopher (2020): «Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: A systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service

- users, informal carers, and professionals», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 73: 101645.
- SUNKEL, Charlene (2019): «The UN Convention: A service user perspective», en *World Psychiatry*, Vol. 18, N° 1: pp. 51-52. DOI [10/gh63b9](https://doi.org/10.1016/j.wipsy.2019.01.001).
- SZMUKLER, George (2018): *Men in white coats: Treatment under coercion* (Oxford, Oxford University Press).
- (2019): «“Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities», en *World Psychiatry*, Vol. 18, N° 1: pp. 34-41. DOI [10/ghctvk](https://doi.org/10.1016/j.wipsy.2019.01.001).
- SZMUKLER, George, y GOSTIN, Lawrence O. (2021): «Mental Health Law: “Legalism” and “medicalism” – “Old” and “new”», en George Ikkos y Nick Bouras (editores), *Mind, State and Society: Social History of Psychiatry and Mental Health in Britain 1960-2010* (Cambridge, Cambridge University Press), pp. 69-83.
- SZMUKLER, George; DAW, Rowena, y CALLARD, Felicity (2014): «Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 37, N° 3: pp. 245-252. DOI [10/gf5k9k](https://doi.org/10.1016/j.ijlps.2014.05.001).
- TÄNNSJÖ, Torbjörn (1999): *Coercive Care: The Ethics of Choice in Health and Medicine* (Londres, Routledge).
- VÁSQUEZ, Alberto (2021): «The potential of the Legal Capacity Law Reform in Peru to transform mental health provision», en Michael Ashley Stein, Faraaz Mahomed, Vikram Patel y Charlene Sunkel (editores), *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights* (Cambridge, Cambridge University Press), pp. 124-139.
- VILLASEÑOR, Fernando (2022): «La reforma sobre salud mental: ¿progresismo o responsabilidad del Estado?», en *Revista de Investigaciones Jurídicas*, Vol. 46: pp. 595-622.
- VÖLLM, Birgit, y NEDOPIL, Norbert (editores) (2016): *Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges* (Berlín, Springer Berlin Heidelberg).
- WELLER, Penelope (2012): *New Law and Ethics in Mental Health Advance Directives: The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Right to Choose* (Londres, Routledge). DOI [10.4324/9780203079300](https://doi.org/10.1017/9780203079300).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2022): *World mental health report: Transforming mental health for all*. Disponible en https://tipg.link/-k_G.
- (2023): *Mental Health, Legislation y Human Rights*. Disponible en https://tipg.link/-k_K.

WICKREMSINHE, Marisha N. (2018): «Emergency involuntary treatment law for people with mental disorders: A comparative analysis of legislation in LMICs», en *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 56, pp. 1-9. DOI [10.1016/j.ijlp.2017.09.003](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.09.003).

WILSON, Kay (2021): *Mental Health Law: Abolish or Reform?* (Oxford, Oxford University Press).

Normativa citada

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, «Salud mental y derechos humanos: Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos», A/HRC/34/32 (31/1/2017).

Asamblea General de las Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (3/5/2008).

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, Observación general 1: Artículo 12 (Igual reconocimiento como persona ante la ley), CRPD/C/GC/1 (2014).

Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Observación general 35: Artículo 9 (Libertad y seguridad personales), CRPD/C/GC/35 (2014).

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, Lista de cuestiones previa a la presentación de los informes periódicos segundo a cuarto combinados de Chile CRPD/C/ CHL/QPR/2-4 (2020).

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

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, Directrices sobre la desinstitutionalización, incluso en situaciones de emergencia, CRPD/C/27/3 (2022).

Decreto con Fuerza de Ley 725, Chile (31/1/1968), Código Sanitario.

Decreto Supremo 9, Chile (3/10/2025), Reglamento sobre hospitalización psiquiátrica.

Decreto Supremo 570, Chile (14/7/2000), aprueba reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan.

Ley 20584, Chile (24/4/2012), regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.

Ley 21331, Chile (11/5/2021), reconoce y protege los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.

Norma técnica para el uso de terapia electroconvulsiva, Chile (5/2025).

Norma técnica sobre la prevención y manejo de los desajustes conductuales y la agitación psicomotora en la atención de salud mental, Chile (en consulta).

Orientaciones para la implementación de Declaraciones de Voluntad Anticipadas, en el marco del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, Chile (en consulta).

Proyecto de Ley de Salud Mental Integral Mensaje 145-372, Chile (23/7/2024) (Boletín 17003-II).

Proyecto de ley que crea un Estatuto de Facilitadores y Asistentes, establece un nuevo procedimiento de interdicción de las personas dementes, y modifica el Código Civil y otros cuerpos legales que indica, Mensaje 417-369, Chile (4/1/2022) (Boletín 14783-07)

FINANCIAMIENTO

Este trabajo forma parte del proyecto Fondecyt 1240242, titulado «Medidas no consentidas en salud mental en Chile: Análisis institucional y adecuación a estándares de derechos humanos».

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara no tener conflicto de interés en relación con los contenidos publicados en este artículo.

SOBRE EL AUTOR

PABLO MARSHALL es doctor en Derecho por la Universidad de Glasgow y licenciado en Ciencias Jurídicas por la Universidad de Chile. Se desempeña como profesor asociado de la Universidad Austral de Chile y director alterno del Núcleo Milenio DISCA. Su correo electrónico es pmarshall@uach.cl.  [0000-0001-8347-4620](https://orcid.org/0000-0001-8347-4620).

