

La internación psiquiátrica involuntaria en el derecho chileno: aspectos sustantivos

*Pablo Marshall Barberán**

RESUMEN

Este artículo realiza una reconstrucción dogmática de la regulación sustantiva de la internación psiquiátrica involuntaria en el derecho chileno, tras la entrada en vigor de la Ley Nº 21.331 en el año 2021. Se identifican y proponen soluciones a algunos problemas interpretativos que afectan a dicha legislación y que suponen un obstáculo para la aplicación de la ley por parte de la autoridad administrativa y los equipos clínicos involucrados y a su revisión por parte de los tribunales de justicia.

Internación psiquiátrica involuntaria; libertad personal; Salud Mental

Involuntary psychiatric hospitalization in Chilean Law: substantive aspects

ABSTRACT

This article provides a doctrinal reconstruction of the substantive regulation of involuntary psychiatric hospitalization in Chilean law following the enactment of Law 21.331 in 2021. It identifies and proposes solutions to some interpretative issues affecting this legislation, which pose obstacles to its implementation by administrative authorities and the clinical teams involved and to its review by the courts of justice.

Involuntary psychiatric hospitalization; personal freedom; Mental Health

* Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Chile. Doctor en Derecho, Universidad de Glasgow, Escocia. Profesor de Derecho Constitucional, Universidad Austral de Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8347-4620>. Correo electrónico: pmarshall@uach.cl. Este trabajo contó con el financiamiento del Núcleo Milenio Estudios en Discapacidad y Ciudadanía (DISCA) (ANID – MILENIO – NCS2022_039) y del proyecto ANID Fondecyt Regular 1240242 “Medidas no consentidas en salud mental en Chile”.

I. INTRODUCCIÓN

La hospitalización psiquiátrica involuntaria (en adelante HPI) ha sido históricamente la institución central de la regulación jurídica de la salud mental. Representa asimismo uno de los temas más complejos y debatidos en la intersección de la ética, el derecho y la práctica psiquiátrica¹. Desde un punto de vista histórico, la pregunta acerca de en qué condiciones las personas que tienen un problema de salud mental pueden ser hospitalizadas y tratadas contra su voluntad ha marcado la regulación de la salud mental desde hace más de 200 años². Desde un punto de vista ético, el abordaje de la HPI requiere un esfuerzo de justificar medidas de privación de libertad y la posibilidad de tratamientos sin consentimiento sobre la base de proteger la vida o la integridad física y psíquica tanto de pacientes y de terceros³. Finalmente, desde un punto de vista político, este tipo de intervención obliga a cuestionar hasta qué punto es legítimo coaccionar a una persona para recibir tratamiento en contra de su voluntad, incluso cuando ello se realiza en la búsqueda de preservar su propia salud⁴.

Uno de los principales desafíos que enfrenta la justificación de la HPI es el inmenso poder y discreción que otorga a la profesión psiquiátrica⁵. Los profesionales de la salud mental se convierten en árbitros de decisiones que afectan de manera significativa los derechos fundamentales de las personas, como la libertad personal, la integridad corporal y la privacidad⁶. Esto subraya la importancia de una regulación jurídica para el actuar de los profesionales de la salud que establezca límites claros para su actuación y salvaguardas robustas que garanticen el respeto que las decisiones en este ámbito se adopten en estricto apego a la regulación y velando por la menor afectación de los derechos de los pacientes⁷.

Si bien la HPI es generalmente aceptada por el derecho con la finalidad de abordar situaciones excepcionales, su uso requiere una reflexión constante respecto de sus implicancias. Este procedimiento no solo impacta a los individuos directamente afectados, sino que también tiene repercusiones en la manera en que la sociedad conceptualiza y responde a los problemas de salud mental. En este contexto, resulta fundamental considerar alternativas menos restrictivas y centradas en la persona, priorizando siempre la construcción de modelos de atención que promuevan la autonomía y la inclusión social⁸. Es así como en los últimos 20 años la HPI ha sido objeto de un cuestionamiento profundo inspirado por un movimiento social de personas con discapacidad y que ha sido cristalizado en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad

¹ Véase, por ejemplo, MCSHERRY Y FRECKELTON, 2015; VÖLLM Y NEDOPIL, 2016.

² Para una revisión histórica en el derecho continental, CASTEL, 1988.

³ SZMUKLER, 2018; TÄNNSJÖ, 1999.

⁴ Por ejemplo, SZASZ, 1991.

⁵ Por ejemplo, ROSE, 1998.

⁶ SZMUKLER, 2018, pp. 20-25.

⁷ Una visión crítica de esta comprensión en GOODING, 2017, pp. 85-88.

⁸ DAVIDSON, 2020; GOODING *et al.*, 2020; SASHIDHARAN *et al.*, 2019.

(CDPD)⁹ y en varios pronunciamientos de su Comité¹⁰. Dicho cuestionamiento apunta a terminar con las medidas no consentidas en salud mental en general y con la HPI en particular y se basa en consideraciones éticas, jurídicas y terapéuticas de gran relevancia¹¹.

Esta tendencia internacional cuya más importante y reciente expresión es el informe de la OMS sobre “Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica”, invita a examinar críticamente la regulación de la HPI¹². En concreto, se opone a la continuación de la HPI, no solo basada en una interpretación estricta de la CDPD, sino considerando la evidencia existente en las nocivas consecuencias de su operación. El núcleo de esta postura es el Artículo 14 CDPD que, al señalar que “la existencia de una discapacidad no justificará en ningún caso una privación de la libertad”, se entiende que constituye una prohibición absoluta. El Comité de la CDPD ha interpretado que esta disposición excluye cualquier forma de HPI, incluso cuando se argumenta la existencia de un “riesgo” o “peligrosidad” para la persona o para terceros, ya que esto constituye una forma de discriminación¹³. Este argumento se complementa con la defensa irrestricta de la capacidad jurídica, consagrada en el Artículo 12 de la CDPD, que requiere el consentimiento libre e informado y se erija como la base indispensable de toda intervención de salud mental¹⁴, y someter a una persona a un tratamiento sin su consentimiento puede constituir una denegación de su personalidad jurídica¹⁵.

Sin embargo, contra esta tendencia crítica, la HPI sigue existiendo en la mayoría de los países signatarios de la CDPD¹⁶, y es respaldada por otros órganos de derechos humanos de las Naciones Unidas¹⁷. Asimismo, una parte importante de la literatura especializada se ha mostrado crítica a las implicancias de la interpretación del Comité CDPD¹⁸. Una toma de posición es sumamente difícil en este aspecto, especialmente ante la falta de ejemplos exitosos de abolición de este tipo de prácticas a nivel legal¹⁹. Es en parte, por esta razón, que el trabajo que se presenta no busca hacer un análisis de compatibilidad de la regulación nacional de la HPI con los estándares internacionales²⁰.

⁹ GOODING, 2017, pp. 40-68.

¹⁰ Comité CDPD, 2014 y 2017. Acerca de este desarrollo, GUILLOUD, 2023, pp. 105-110.

¹¹ Para la versión más comprensiva de esta discusión, GOODING, 2017.

¹² OMS/NU, 2024, pp. 57-77.

¹³ Comité CDPD, 2017, párr. 6-9, 13-5. Véase también, ACNUD, 2017, párr. 29; OMS/NU, 2024, par. 21.

¹⁴ OMS/NU, 2024, par. 57.

¹⁵ Comité CDPD, 2014, párr. 40-1.

¹⁶ Notablemente por el Comité de Derechos Humanos, 2016.

¹⁷ Respecto del desacuerdo entre el Comité CRPD y el Comité de Derechos Humanos, MARTIN y GURBAI, 2019; MCSHERRY *et al.*, 2023.

¹⁸ Por ejemplo, DAWSON, 2015; SCHOLTEN y GATHER, 2018.

¹⁹ Es así como en OMS/NU, 2024, se sostiene que “A pesar del creciente consenso entre los expertos y los mecanismos de derechos humanos sobre estas normas, se sigue manteniendo que el internamiento involuntario puede ser necesario en circunstancias excepcionales para proteger a las personas de daños graves o para proteger a otros. Esta diferencia de criterios refleja la transformación en curso de las perspectivas y actitudes, así como las tensiones entre las normas de la CDPD y los enfoques anteriores de la legislación sobre salud mental” (p. 21).

²⁰ En parte, porque esa labor ya ha sido desarrollada en CAMPOS, 2024.

Esto no obsta a que los argumentos vertidos en la discusión global respecto de la coacción psiquiátrica en general y la HPI en particular no puedan ser considerados cuando se realiza la interpretación del derecho que regula el fenómeno. Se considera que esta forma de influencia es particularmente importante, en la medida que, mediante el análisis de la regulación legal de cara a darle una eficacia práctica a la HPI, sus distintos elementos pueden ser modulados, reconducidos y orientados hacia una práctica que sea más respetuosa de los derechos de las personas involucradas, por ejemplo, estableciendo una interpretación estricta en la operación práctica de la HPI²¹.

Es en el contexto de esta discusión en que este artículo realiza una reconstrucción dogmática de la regulación sustantiva de la HPI en el derecho chileno, tras la entrada en vigor de la Ley Nº 21.331 (del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental) en el año 2021 (en adelante Ley Nº 21.331 o la Ley)²². Esta reconstrucción dogmática busca sistematizar y ofrecer una interpretación de las normas que regulan la HPI, que busque identificar algunos problemas, contradicciones y lagunas, ofreciendo propuestas de solución con miras a la aplicación práctica de la ley. Si bien la Ley Nº 21.331 cuenta en su artículo 3 con un catálogo de principios, ninguno de estos tiene una especificidad suficiente para ser útil a la hora de interpretar las normas sustantivas de la HPI, que cuentan con sus propios estándares normativos, contenidos en el artículo 13 de la Ley. Esta reconstrucción abre la posibilidad de una crítica técnica a varios aspectos de ley que probablemente serán discutidos a propósito del Proyecto de Ley de Salud Mental Integral²³. Por regulación sustantiva, se entiende las características, requisitos, derechos y obligaciones que están contenidas en la regulación legal. Se deja de lado la regulación del procedimiento judicial de salvaguardia de dicha regulación sustantiva, y sin cuya eficacia la regulación sustantiva puede resultar inconducente²⁴. Sin embargo, la regulación de la salvaguardia judicial requiere para su abordaje un trabajo especialmente dedicado a ello, porque no está desarrollada adecuadamente en la Ley cuya regulación siembra más dudas que certezas²⁵.

En este trabajo se identifican y proponen soluciones a algunos de los problemas interpretativos que afectan a los aspectos sustantivos de la HPI. La Sección II proporciona antecedentes generales que sirven como marco para la actual regulación de la HPI, incluyendo la trayectoria histórica y los principios de la ley. La Sección III describe las características generales de la HPI, aclarando su relación con el consentimiento informado, las implicaciones de considerarla una privación de libertad y su relevancia como institución de excepción. La Sección IV revisa los requisitos de procedencia mediante una interpretación del artículo 13 de la Ley. Es importante la clarificación del requisito

²¹ Un interesante caso de estudio de un intento legislativo por eliminar la HPI es el caso peruano. Acerca de este caso, VÁSQUEZ, 2021.

²² En lo que sigue los artículos referidos sin mención del cuerpo legal correspondiente son referencias a la Ley Nº 21.331.

²³ Boletín 17.003-11

²⁴ En relación con las salvaguardias para HPI, GOODING, 2017, pp. 138-43.

²⁵ HENRÍQUEZ, 2023.

del riesgo, la no discriminación y la comprensión de estos requisitos para la salvaguarda judicial del artículo 14 de la Ley. La Sección V aborda la necesidad de consentimiento para otros tratamientos durante la HPI. Finalmente, la Sección VI plantea dudas acerca de la regulación aplicable al inicio y término de la HPI tras la entrada en vigencia de la Ley.

II. ANTECEDENTES GENERALES

La HPI es un asunto muy poco estudiado en Chile. Así, son pocos los trabajos académicos publicados desde el derecho²⁶ y la medicina²⁷ que la han abordado recientemente. Por lo anterior, son pocos los antecedentes doctrinales con los que se cuenta para la realizar la reconstrucción de esta institución desde su propia historia y la lógica del derecho de la salud mental. En esta sección se revisarán dos elementos que pueden contribuir a dar un contexto de la HPI: (1) una panorámica de la evolución regulatoria de la HPI en el derecho chileno; y (2) los compromisos generales del modelo de salud mental chileno en que la HPI se inserta, expresados en el texto de la Ley N° 21.331 y en la discusión que la antecedió²⁸.

1. *Cambios en la regulación de la hospitalización psiquiátrica en Chile*

La primera regulación de la HPI 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 Santiago²⁹. La segunda regulación 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 VII (arts. 130 a 134) establece normas acerca de “la observación y reclusión de los enfermos mentales”. Puede advertirse que el énfasis de estas dos regulaciones estaba puesto, en su origen, en el control social y el resguardo del orden público, algo que paulatinamente será desplazado en la regulación que le siguió por un énfasis en los aspectos terapéuticos de la HPI.

En el 2000 entra en vigor el Decreto 570 (Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y de los establecimientos que la proporcionan), que reemplaza al Decreto 68, pero sigue vinculado únicamente a la regulación del Código Sanitario³⁰. En el 2012 la Ley N° 20.584 establece una serie de normas sustantivas de HPI (art. 25 a 27), que complementaron la regulación general del Código Sanitario y que finalmente serían derogadas por la entrada en vigencia de la Ley N° 21.331. La Ley

²⁶ BARBIERI *et al.*, 2023; CAMPOS, 2024; FIGUEROA, 2017; HENRÍQUEZ, 2023; MARSHALL, 2023.

²⁷ BARRERA, 2021; BUSTAMANTE Y CAVIERES, 2018; OSORIO M. *et al.*, 2016; SANTANDER *et al.*, 2011.

²⁸ Historia de la Ley 21.331.

²⁹ Por todos, CAMUS, 1993.

³⁰ Este reglamento fue complementado por la Circular 1 de 2019.

Nº 20.584 establece por primera vez en el derecho nacional a la HPI como una excepción al principio general del consentimiento informado para los tratamientos de salud.

En ese contexto, si bien la Ley Nº 21.331 no constituye la primera norma de rango legal en regular la HPI, vuelve a poner cierta densidad en la regulación legal que había sido entregada a la regulación reglamentaria y vuelve más estrictos los requisitos para su procedencia. Sin embargo, como ha sido notado por la literatura³¹, el reglamento que está previsto en esta Ley y que reemplazaría al Decreto 570, no ha sido todavía emitido por el Presidente de la República, lo que deja la actual normativa con varios conflictos entre lo establecido en la Ley y lo previsto en el Decreto 570 todavía vigente y con importantes lagunas que deben colmarse para lograr la aplicación práctica de la Ley³².

Adicionalmente, la Ley Nº 21.331 establece varios compromisos con la protección de derechos humanos de los pacientes, un modelo comunitario de salud mental y con el proceso de desinstitucionalización que no tenían reconocimiento legal. En la tramitación de la Ley Nº 21.331 se pueden observar algunas referencias en torno a la necesidad de adecuarse a los estándares que impone la CDPD y particularmente cumplir con las recomendaciones que formuló el Comité de la CDPD a Chile en sus Observaciones Finales al informe inicial enviado por nuestro país a dicho organismo en 2016³³. Tanto la Corte Suprema como algunos invitados advirtieron acerca de la incompatibilidad de algunos aspectos del proyecto con los estándares fijados por la CDPD³⁴, los que finalmente no fueron abordados a cabalidad y mantuvieron a la Ley en un terreno de cumplimiento parcial de las Observaciones mencionadas. Si bien la comprensión de la trayectoria histórica de la regulación de la HPI requiere un análisis pormenorizado que no puede darse aquí, sí pueden advertirse dos cosas. Por un lado, la regulación de la HPI no ha variado considerablemente en sus aspectos esenciales, persistiendo como una facultad de la autoridad para privar de libertad a una persona por razones relacionadas con el riesgo que produce su problema de salud mental. Por otro lado, puede advertirse una constante evolución en dirección a definir los contornos, limitar esa facultad, y salvaguardar los derechos de quienes se ven sometidas a ella³⁵. Esa trayectoria evolutiva ha estado en gran medida marcada por la influencia de los estándares establecidos por la CDPD.

2. *Modelo comunitario de la salud mental y desinstitucionalización*

Quizás la más importante novedad de la Ley Nº 21.331 es que caracteriza a la hospitalización por razones psiquiátricas como una medida terapéutica excepcional y esencialmente transitoria, con independencia de si esta medida ha sido consentida o no por el paciente. Los artículos 11 y 12 reflejan un claro compromiso con el modelo de

³¹ BARBIERI *et al.*, 2023, pp. 503; Véase, por ejemplo, CAMPOS, 2024, pp. 194; HENRÍQUEZ, 2023, pp. 15-16.

³² Una vez publicada la Ley Nº 21.331, se publicó la Circular 6 de 2021. Para una crítica, BARRERA, 2024.

³³ Comité CDPD, 2016.

³⁴ Biblioteca del Congreso Nacional (2021) Historia de la Ley Nº 21.331.

³⁵ BARBIERI *et al.*, 2023.

salud mental comunitaria que contrasta con un modelo de salud mental centrado en el tratamiento hospitalario, y con el proceso de desinstitucionalización, esto es, con el proceso de cierre de los hospitales psiquiátricos residenciales y de larga estadía, estableciendo principios que priorizan alternativas menos restrictivas para el tratamiento de personas con problemas de salud mental. Este compromiso se evidencia en dos artículos que establecen las bases ideológicas de la Ley N° 21.331 en este respecto.

En primer lugar, en el carácter excepcional y transitorio de toda hospitalización se encuentra en el artículo 11, que subraya que la hospitalización psiquiátrica debe ser una medida utilizada solo cuando las intervenciones dentro del entorno familiar, comunitario o social no sean efectivas. Esta perspectiva refuerza la idea de que la atención en salud mental debe centrarse en la vida de las personas en el seno de una comunidad y en la inclusión social del individuo, considerando aspectos laborales, educacionales y habitacionales, entre otros, limitando la utilización de los dispositivos hospitalarios a casos estrictamente necesarios. Muestra así una preferencia por soluciones que no involucren la hospitalización, al señalar que la hospitalización solo se justifica si garantiza mayores beneficios terapéuticos que otras alternativas, incentivando el desarrollo y fortalecimiento de redes de atención ambulatoria y comunitaria³⁶.

En segundo lugar, el artículo 12 prohíbe explícitamente el uso de la hospitalización psiquiátrica como respuesta a problemas sociales, habitacionales u otros que no sean sanitarios. Esto refleja un enfoque que intenta desvincular la atención en salud mental de prácticas de asistencia y de control social vinculados con la lógica asilar³⁷, invitando a la generación de apoyos comunitarios que permitan a las personas desarrollar una vida de forma independiente³⁸. Así, el artículo 26 prohíbe la creación de nuevos establecimientos asilares o de atención segregada en salud mental. Además, se enfatiza la obligación de los prestadores de servicios de salud de garantizar el derecho de las personas a vivir en comunidad y mantener sus vínculos sociales³⁹. Estos mandatos se alinean con las recomendaciones internacionales en materia de derechos humanos, que abogan por la desinstitucionalización y el fortalecimiento de una red comunitaria como eje central de la atención en salud mental⁴⁰.

III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA

El compromiso con la salud mental comunitaria y la desinstitucionalización que se advierte en la Ley N° 21.331 se ve reforzada en el caso de la HPI debido, por un lado, al inherente problema que esta medida supone para una regulación sanitaria fundada en la

³⁶ Respecto del modelo de salud mental comunitaria, THORNICROFT *et al.*, 2016.

³⁷ En el modelo asilar, ROTHMAN, 2017.

³⁸ Acerca del derecho a la vida independiente, GOODING, 2018.

³⁹ Moción Ley N° 21.331, Boletín N° 10563-11.

⁴⁰ OMS/NU 2024: 90-98. Para un análisis de la HPI en Chile en relación con los estándares internacionales de derechos humanos, CAMPOS, 2024.

dignidad y autonomía del paciente (art. 3), y, por otro lado, a la historia de abusos que son asociados a la psiquiatría en la práctica de este tipo de medidas⁴¹.

Doctrinariamente, se puede definir a la HPI como una medida restrictiva de la libertad personal que puede ser adoptada excepcionalmente cuando un paciente no presta su consentimiento para ser atendido (evaluado, tratado u hospitalizado) por un problema de salud mental que no es posible de abordar mediante una atención ambulatoria y existe además una situación real de riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros.

En esta definición se contienen las características fundamentales de la HPI conforme con el artículo 13 de la Ley: (1) su carácter involuntario o no consentido; (2) su carácter restrictivo de la libertad personal; y (3) su excepcionalidad.

1. *No se requiere consentimiento*

La HPI no requiere consentimiento informado del paciente porque está concebida como una medida excepcional para proteger la vida y la integridad de la persona o de terceros en situaciones de riesgo cierto e inminente. Constituye así, en una regla de excepción que autoriza la intervención médica en ausencia de consentimiento, siendo, por supuesto, la regla general la exigencia del consentimiento informado conforme con el artículo 4 de la Ley⁴².

Si bien en estos casos la capacidad de la persona para otorgar consentimiento libre e informado podría estar gravemente afectada debido a su estado de salud mental, lo que podría impedir garantizar su autonomía por medio del consentimiento informado, la HPI no requiere que el paciente se encuentre en una hipótesis de déficit o ausencia de capacidad para consentir⁴³. De hecho, la utilización de la HPI puede ser usada en casos en que el paciente sea totalmente competente para expresar su consentimiento y sin embargo se niegue a entregarlo. En este sentido, la discusión concerniente a los problemas de evaluación de la capacidad para consentir que típicamente afectan a personas con discapacidad al adoptar decisiones de salud en contextos de ausencia de riesgo cierto e inminente para la vida y la integridad, no resultan pertinentes respecto de la HPI.

La razón tras esta característica de la HPI es que la ley prioriza la protección urgente del paciente y de terceros por sobre la autonomía individual, reconociendo que la demora en la intervención podría tener consecuencias irreversibles. Sin embargo, para minimizar el impacto en los derechos de la persona, esta medida está estrictamente

⁴¹ CHODOFF, 2001.

⁴² Así, Circular 6, sección 1. Cf. CAMPOS, 2024, pp. 198-200. Si bien uno puede estar de acuerdo con Campos en que la ausencia de consentimiento para la hospitalización, tal como está regulada en la Ley N° 21.331, sería incompatible con los estándares fijados por el Comité de la CDPD, el mismo nombre de la institución que se describe deja claro que se trata de una medida que transcurre en contra o en ausencia de la voluntad del paciente.

⁴³ Para una explicación acerca de la diferencia de excepciones al consentimiento informado basadas en la capacidad y excepciones basadas en el riesgo, SZMUKLER Y DAWSON, 2011.

regulada, requiere evaluaciones interdisciplinarias y debe ser revisada judicialmente en un corto plazo, asegurando así que se adopte solo cuando sea absolutamente necesario y por el menor tiempo posible.

La HPI no solo debe entenderse como una excepción al consentimiento informado, sino que puede estar condicionada por otras medidas que la Ley ha concebido para la protección de la voluntad y preferencias de la persona, en línea con el artículo 12 de la CDPD, como apoyos para la toma de decisiones, incluida adaptaciones para el consentimiento informado (art. 4 inc. 2), y la designación de acompañantes para la toma de decisiones (art. 4 inc. 4)⁴⁴. Con el fin específico de evitar la HPI se contemplan específicamente las (1) declaraciones de voluntad anticipadas; (2) planes de intervención en casos de crisis psicoemocional; (3) otras herramientas de resguardo. Todas ellas buscan evitar que las intervenciones psiquiátricas se desvíen de la voluntad y preferencias de una persona cuya capacidad de manifestar el consentimiento se encuentra comprometida. Crucialmente, la reglamentación administrativa de esas herramientas todavía es una tarea pendiente que entorpece su aplicación y efectividad, estando todavía por ser determinado cómo impactan estas formas de manifestación de voluntad y preferencias en la prevención de la hospitalización y el tratamiento involuntario.

2. *Restricción o afectación de la libertad personal*

El artículo 13 reconoce explícitamente que la HPI constituye una afectación al derecho a la libertad de las personas. Este reconocimiento no solo tiene relevancia a nivel conceptual, sino que impacta directamente en la configuración legal de las salvaguardias de la HPI, en la manera de aplicar garantías constitucionales y en cómo su utilización involucra los compromisos internacionales de Chile en materia de derechos humanos.

El artículo 19 N° 7 de la Constitución consagra la garantía de la libertad personal y seguridad individual, estableciendo que no puede privarse a ninguna persona de su libertad, a menos que medie una decisión fundada en la ley y dictada por una autoridad competente. Este precepto se extiende a toda forma de privación o restricción de libertad, incluidas las HPI. El artículo 21 de la Constitución establece el recurso de amparo para proteger el derecho a la libertad personal cuando una persona es ilegal o arbitrariamente privada de libertad⁴⁵. En el contexto de una HPI, si un paciente o su representante estima que se está vulnerando este derecho, por ejemplo, porque no se cumplieron con los requisitos o con los procedimientos establecidos en la ley, pueden interponer un recurso de amparo ante la Corte de Apelaciones competente. De esta forma, se dispone de un mecanismo urgente y eficaz para proteger la libertad personal, evitando hospitalizaciones ilegales. La posibilidad de recurrir a este mecanismo refuerza la exigencia de que toda internación involuntaria debe ser una medida estrictamente

⁴⁴ Acerca del modelo de apoyos para el consentimiento informado, MARSHALL, 2023.

⁴⁵ Para un examen de cómo los tribunales chilenos han expandido el alcance del recurso de amparo, HENRÍQUEZ, 2013.

justificada. Al ser reconocida como una modalidad de afectación de la libertad, la HPI deja de ser vista exclusivamente como un acto médico para adquirir un estatuto jurídico que impone la necesidad de salvaguardas formales.

El artículo 15 establece un procedimiento de revisión judicial que constituye su principal salvaguarda legal de la HPI, conforme al cual el Tribunal de Familia competente deberá revisar el cumplimiento de los requisitos legales para su procedencia. Los términos de operación de esta salvaguarda son confusos en la redacción de la Ley y constituyen una protección de menor intensidad que la que puede ser brindada por el recurso de amparo⁴⁶. El análisis de estas cuestiones procedimentales, como se mencionó, serán postergadas para su análisis en otro lugar.

3. *Excepcionalidad*

La Ley Nº 21.331 reconoce la HPI como una medida excepcional, implicando su uso solo en circunstancias precisas y bajo condiciones estrictas debido a la afectación masiva de la autonomía del paciente. La excepcionalidad de la HPI: (1) requiere para su aplicación una situación grave de riesgo, convirtiéndola en un último recurso frente a alternativas terapéuticas menos restrictivas, lo que implica la obligación de explorar opciones menos invasivas antes de imponer una HPI; (2) implica una interpretación restrictiva de los requisitos legales para la HPI, no pudiendo extenderse a supuestos no contemplados por la ley; (3) es una medida temporal, sujeta a revisiones periódicas y por ningún motivo puede extenderse indefinidamente (art. 13 inc. 5º); y (4) implica preferir modalidades que garanticen la mayor autonomía posible del paciente, sin aislarla o someterla a procedimientos o tratamientos innecesarios, minimizando su duración e intensidad y maximizando su autonomía y participación. La excepcionalidad de la HPI se expresa en requisitos de procedencia difíciles de cumplir y que requieren cumplirse copulativamente.

IV. REQUISITOS DE PROCEDENCIA

La Ley Nº 21.331 establece requisitos tanto sustantivos como formales para la procedencia de la HPI. Los requisitos sustantivos, presentes en el artículo 13, están contenidos en el encabezado del artículo 13:

“Solo procederá cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio para la atención de un problema de salud mental y exista una situación real de riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros. De ningún

⁴⁶ Sin embargo, la jurisprudencia recaída en recursos de amparo frente a hospitalizaciones involuntarias ha sido utilizado prioritariamente para atacar las resoluciones judiciales que ordenan tal medida, no habiéndose encontrado fallos recientes que utilicen el amparo para cuestionar una HPI ordenada por el equipo médico.

modo la hospitalización psiquiátrica involuntaria puede deberse a la condición de discapacidad de la persona”.

De esta norma se puede concluir que para proceder con la HPI se deberá cumplir con 4 requisitos: (1) un problema de salud mental, (2) riesgo a la vida o integridad de la persona o terceros, (3) fines terapéuticos, (4) prohibición de discriminación por discapacidad. Adicionalmente, se considera (5) la proporcionalidad como requisito implícito, en la medida que esta es una medida que afecta derechos fundamentales. Si bien la redacción y la separación de estos requisitos podría haber sido más clara, ellos coinciden con los requisitos que en el derecho comparado se exige habitualmente para la procedencia de la HPI⁴⁷. Los (6) requisitos formales, por otro lado, se refieren a elementos específicos que deben ser documentados en la ficha clínica del paciente.

1. *Problema de salud mental*

La HPI solo procederá cuando vaya dirigida a abordar un problema de salud mental, por lo que es necesario que el paciente sometido a ella tenga un diagnóstico o al menos síntomas de ello. El encabezado del artículo 13 sostiene que ella “solo procederá cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio para la atención de *un problema de salud mental*” (énfasis añadido). La Circular 6 señala al respecto que la HPI procederá cuando exista una “condición psíquica y conductual derivada de una enfermedad mental diagnosticada o probable” (sección 3). No procederá la HPI para abordar problemas de salud física, independiente del riesgo que suponen para la persona o terceros, con la salvedad de las medidas de las que dispone la autoridad sanitaria conforme a la Ley N° 20.584 para abordar riesgos para la salud pública (art. 15 a).

2. *Riesgo*

El principal requisito de procedencia de la HPI es la existencia de “una situación real de riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros” (Art. 13). Este requisito busca limitar estrictamente las situaciones en las que los equipos de salud pueden privar o restringir la libertad personal de alguien debido a su salud mental. En primer lugar, el peligro debe ser “cierto”, lo que significa que no puede ser hipotético o basado en conjeturas. El término “cierto” indica que debe haber evidencia fáctica que pruebe una alta probabilidad de que la persona se cause daño a sí misma o a otros, o que su vida o integridad esté en peligro si no recibe tratamiento inmediato. En segundo lugar, el carácter “inminente” del riesgo hace referencia a su cercanía temporal; es decir, que existe la urgencia de actuar inmediatamente para evitar un daño que está a punto de materializarse o que, de no mediar intervención, se concretará en un plazo

⁴⁷ Para una descripción de la regulación comparada, ALBRECHT, 2016. Para un panorama de Latinoamérica, MARSHALL, 2023

breve. Esta inminencia distingue las situaciones excepcionales que pueden requerir una HPI de aquellas en las que, aunque exista algún riesgo, hay tiempo suficiente para aplicar medidas menos restrictivas. En tercer lugar, la ley solo autoriza el uso de la HPI cuando se ven amenazados los bienes jurídicos de mayor relevancia: la vida y la integridad física o psíquica, tanto del propio paciente como de terceros. Por tanto, la HPI no procederá cuando los bienes amenazados sean, por ejemplo, el orden público o la propiedad.

El contraste con otras jurisdicciones ilustra el espectro de posibilidades para concretar el requisito de riesgo. Algunas formulaciones son generales, como la “protección de terceros” o la necesidad por “salud y seguridad” de la *Mental Health Act* inglesa, sin calificar el grado de daño. En Australia, el riesgo debe ser “serio”; en Canadá, la HPI debe ser “necesaria para evitar un riesgo de daño físico o corporal”; y en EE.UU., la ocurrencia del riesgo suele calificarse con una “probabilidad sustancial”. Existen varias calificaciones que hacen más o menos exigente el requisito para la procedencia de la HPI⁴⁸. La Ley N° 21.331 se alinea con las formulaciones más precisas y exigentes para la materialización del requisito de riesgo.

A pesar de la claridad conceptual del requisito de riesgo, su determinación recae en el equipo médico, que debe evaluar rigurosamente la gravedad de la situación clínica. Esta evaluación difícilmente puede ser expresada en una simple frase en la Ley⁴⁹. Se deben analizar elementos como conductas suicidas, autolesiones recientes, amenazas verosímiles, episodios de psicosis, descompensaciones graves que impidan distinguir la realidad y conductas peligrosas, o antecedentes de agresión en crisis psiquiátricas⁵⁰.

Finalmente, la evaluación del riesgo debe ser dinámica y revisada periódicamente. Si el paciente mejora o existen alternativas seguras para manejarlo sin privarlo de libertad, el riesgo cesa y la HPI debe terminar o pasar a ser voluntaria. El carácter dinámico está implícito en la obligación de revisar periódicamente las condiciones que justificaron la medida (art. 14).

Es importante notar que la utilización de criterios de peligrosidad ha sido criticada por el Comité CDPD, sobre la base de que constituye un régimen discriminatorio que frecuentemente solo se aplica a las personas con discapacidad intelectual y psicosocial⁵¹.

3. *Fines terapéuticos*

La existencia del riesgo producido por una persona con un problema de salud mental, sin embargo, no es suficiente. La HPI solo está justificada si tiene una finalidad terapéutica (arts. 11 y 13 N°4), es decir, si tiene aportes y beneficios terapéuticos, como estabilizar o mejorar el estado de salud mental del paciente. Por tanto, no procederá esta medida cuando no permita un avance de los fines terapéuticos, incluso si existe riesgo

⁴⁸ LARGE *et al.*, 2023, pp. 342-345.

⁴⁹ LARGE *et al.*, 2023, p. 345.

⁵⁰ Acerca del particular, véase, por ejemplo, las Orientaciones Técnicas para Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría, del Ministerio de Salud.

⁵¹ Comité CDPD, 2017, pár. 13-5. Véase también GOODING, 2017, pp. 144-8

para la vida o la integridad del paciente y de terceros. Esto genera dudas acerca de las medidas de asistencia social o de control social procedentes frente a personas que no tienen un pronóstico terapéutico positivo⁵².

4. *Discriminación*

El artículo 13 de la Ley establece como requisito que la HPI no “puede deberse a la condición de discapacidad de la persona”⁵³. Este requisito abre la puerta a la discusión respecto de qué rol puede cumplir la discapacidad al determinar la procedencia de la HPI, lo que ha sido objeto de atención prioritaria por parte del Comité de CDPD al interpretar el artículo 14 de la CDPD que establece que la “existencia de una discapacidad no justifica en ningún caso una privación de libertad”⁵⁴. Existen dos posiciones principales al evaluar la compatibilidad de la HPI con la prohibición de discriminación por razón de discapacidad establecida por la CDPD⁵⁵.

La primera sostiene que en la medida que la HPI utiliza un criterio diagnóstico para determinar su aplicabilidad, eso es, requiere que una persona tenga una condición de salud mental, la HPI sería siempre discriminatoria contra las personas con discapacidad en la medida que el juicio del riesgo que la persona supone nunca se aplicaría a personas sin una condición de salud mental, pese a que ellas también pueden conducir acciones que suponen un riesgo para la vida y la integridad de sí mismas o de terceros. En estos términos, para que la HPI fuera compatible con el mandato de no discriminación, sería necesario eliminar al elemento diagnóstico (la condición de salud mental) de los requisitos para la aplicación de la HPI. Sin embargo, eliminar el diagnóstico como criterio no basta por sí solo para garantizar una aplicación justa. Es necesario un enfoque basado exclusivamente en el riesgo demostrado, sujeto a criterios estrictos y verificables, aplicables a cualquier persona sin importar su diagnóstico previo⁵⁶.

Una segunda posición es más radical y ha sido defendida por el Comité CDPD⁵⁷. Sostiene que, aunque el elemento diagnóstico fuera eliminado, la aplicación práctica de la HPI seguiría siendo aplicada de forma prevalente a las personas con condiciones de salud mental, lo que, si bien podría no constituir un caso de discriminación directa, sí constituiría discriminación indirecta en contra de dichas personas. Para esta posición, independiente de la forma en que se diseñe la HPI, sus consecuencias siempre serán

⁵² En relación con las consecuencias a largo plazo de la desinstitutionalización y la carencia de respuestas a los problemas de acceso a cuidados sociales y residenciales por parte de personas con condiciones de salud mental, PRIMEAU *et al.*, 2013; en Chile, PONCE DE LEÓN, 2023.

⁵³ Esta frase parece haber sido tomada de la redacción del artículo 14 CDPD.

⁵⁴ Dicho artículo debe ser leído en conjunto con los artículos 12 (capacidad jurídica) y 19 (vida independiente) CDPD. Véase GUILLOUD, 2023, pp. 105-110.

⁵⁵ Acerca de este desacuerdo, WILSON, 2021.

⁵⁶ SLOBOGIN, 2015; WILSON, 2021, pp. 64-67.

⁵⁷ Especialmente, Comité CDPD, 2017, pero también Comité CDPD, 2014, par. 41-42

discriminatorias para las personas con discapacidad y, por tanto, ella es contraria a la CDPD y debe ser abolida⁵⁸.

Esta discusión es importante para entender el mandato de no discriminación establecido en el artículo 13. Si bien es posible entender la mención como la expresión de una contradicción inmanente mandando una aplicación no discriminatoria de una institución profundamente discriminatoria, el significado de la prohibición de discriminación puede ser entendido de una manera precisa si lo que se busca es entregarle una función útil dentro de la interpretación sistemática de los requisitos de la HPI. Considerar el mandato en línea con el Comité de la CDPD, significaría una contradicción importante en la regulación: por un lado, autorizando y regulando la HPI y, por otro, prohibiendo su operación práctica. Aunque sin disentir con la premisa de que la regulación de la HPI está en tensión con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)⁵⁹, lo que requeriría un cambio legislativo, el sentido de la prohibición de discriminación puede ser interpretado de una manera más armónica con el resto de la regulación de la HPI, que intenta minimizar su alcance y privarla de consecuencias indeseables. En este entendido, que la HPI no puede deberse a la condición de discapacidad de la persona y podría significar (1) una prohibición de aplicación por defecto de la HPI a personas con discapacidad psicosocial documentada, (2) dejarse influenciar por estereotipos acerca de las personas con discapacidad y, al contrario, requeriría (3) una actitud especialmente atenta de parte del equipo médico el cumplimiento estricto de todos los requisitos establecidos para la HPI. Esa actitud vigilante viene asociada al importante nivel de discreción de la que disfrutaban el equipo médico al interpretar los requisitos mencionados⁶⁰.

5. *Proporcionalidad*

La proporcionalidad de la HPI es un requisito que no aparece explícito en la Ley, sino que se desprende de varias disposiciones de las cuales emerge, aunque primordialmente del hecho de que la HPI es una hipótesis de afectación de derechos fundamentales. Si el objetivo de la HPI es la recuperación del paciente y hacer cesar del riesgo que su conducta supone, la aplicación de la HPI a un caso concreto debe ser proporcional frente la consecución de ese fin⁶¹. La proporcionalidad de la medida implica que la medida sea estrictamente “necesaria” para el abordaje del problema de salud mental, que la medida sea “idónea” para ello, teniendo la capacidad de estabilizar o recuperar al paciente, y que la medida sea proporcional (en sentido estricto) requiriendo la existencia de una relación de (al menos) equivalencia entre el riesgo y la restricción de la autonomía personal que la HPI implica.

⁵⁸ WILSON, 2021, pp. 53-90.

⁵⁹ Existen opiniones que justifican la compatibilidad de la HPI con la CDPD sobre la base de la protección del derecho a la vida y el derecho a la salud. Véase, por ejemplo, KELLY, 2024, quien menciona “el derecho al” tratamiento involuntario.

⁶⁰ CAMPBELL, 2023, pp. 70-71.

⁶¹ Respecto del principio de proporcionalidad en salud mental, NILSSON, 2021.

Que la medida sea necesaria requiere, primero, que no sea posible un tratamiento ambulatorio para ese problema (art. 13), y que no exista una alternativa menos restrictiva y más eficaz para el tratamiento del paciente o la protección de terceros (art. 13 N° 2). Esto obliga al personal médico y a la autoridad sanitaria a agotar o al menos evaluar razonablemente esas alternativas antes de recurrir a la HPI. Que la medida sea idónea requiere que la medida permita la recuperación del paciente y el consecuente cese del riesgo. Este requisito se relaciona con la finalidad terapéutica de la HPI e implica que no procederá cuando no permita un avance de los fines terapéuticos. Finalmente, la proporcionalidad de la medida se expresa nítidamente en el requisito de que la HPI deberá ser por el menor tiempo posible y bajo ningún supuesto indefinida (art. 13 N° 1). Sin embargo, también se encuentra en la exigencia de que el riesgo sea cierto e inminente, exigiendo que la afectación de la libertad debe estar directamente vinculada con la magnitud del peligro que se quiere evitar. La ley exige demostrar que sin la HPI el resultado podría ser la muerte o un daño grave a la integridad. Si ello no se evidencia, la medida podrá ser considerada como desproporcionada⁶².

6. *Requisitos formales para su procedencia*

Se han revisado 5 requisitos sustantivos que deben concurrir para autorizar la HPI. Sin embargo, el artículo 13 establece condiciones formales adicionales a estos requisitos. Son formales, debido a que la forma de cumplir con dichos requisitos será su incorporación en la ficha clínica del paciente. Sin embargo, estas no son meras formalidades, sino que son garantías que buscan asegurar que la HPI se realice en condiciones estrictamente reguladas. Los requisitos, que tiene el carácter de copulativos, son los siguientes: (1) “Una prescripción que recomiende la hospitalización, suscrita por dos profesionales de distintas disciplinas [...] uno de los cuales siempre deberá ser un médico cirujano, de preferencia psiquiatra”⁶³; (2) “La inexistencia de una alternativa menos restrictiva y más eficaz para el tratamiento del paciente o la protección de terceros”, lo que se cumpliría mediante una explicación respecto de la proporcionalidad de la medida; (3) un informe acerca de las acciones de salud implementadas previamente, si las hubiere; (4) “Que tenga una finalidad exclusivamente terapéutica”, lo que se cumple con una justificación de la idoneidad de la medida para configurar el fin terapéutico; (5) “señalarse expresamente el plazo de la HPI y el tratamiento a seguir [...]”, adicionalmente deberá indicarse el recinto en que se llevará a cabo la medida; (6) informar a la autoridad sanitaria competente y a algún pariente o representante de la persona, respecto de la HPI. La omisión de estos requisitos formales podría significar la ilegalidad de la HPI.

El artículo 14, al establecer la revisión judicial de la HPI, exige al Tribunal “resolver si se cumple con los requisitos de legalidad establecidos en el artículo 13 de la

⁶² NILSSON, 2021, pp. 144-148.

⁶³ Este requisito constituye un avance respecto de lo establecido anteriormente en el art. 25 s) de la Ley N° 20.584, en que solo se exigía la concurrencia de un médico no especialista.

presente ley”. Una interpretación posible es que solo se revisen los requisitos formales recién mencionados. Sin embargo, una interpretación más acertada exige revisar tanto los requisitos formales como los sustantivos. Limitar el control judicial a lo formal convertiría la revisión en un trámite burocrático, mientras que una revisión sustantiva evalúa si la HPI cumple los objetivos de la Ley, evitando hospitalizaciones injustificadas y entregando una tutela judicial a las personas sujetas a esta clase de medidas.

V. OTRAS MEDIDAS NO CONSENTIDAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA

La HPI es una medida que supone el ingreso de la persona a un recinto hospitalario para recibir un tratamiento de salud mental. Esta sección analiza cuál es el régimen de consentimiento al que se sujetan los tratamientos y otras medidas en el contexto de la HPI.

El Ley N° 21.331 establece una prohibición de “someter a una persona hospitalizada en forma involuntaria a procedimientos o tratamientos irreversibles, tales como esterilización o psicocirugía” (art. 17)⁶⁴. Delimitar el alcance de tal prohibición implica aclarar qué cuenta como un procedimiento o tratamiento irreversible. Estos se caracterizan por generar efectos permanentes e irreparables en el cuerpo o la mente de una persona, siendo imposible revertir sus consecuencias o restablecer la condición previa. Ejemplos típicos son intervenciones quirúrgicas que modifican de forma definitiva funciones corporales o tratamientos que afectan de manera irreversible el sistema nervioso central. Sin embargo, pueden existir “zonas grises” de procedimientos cuyos efectos, si bien no son tan drásticos como los mencionados, podrían generar secuelas de muy difícil reversión. Por ejemplo, ciertos tratamientos con psicofármacos pueden provocar daños neuronales a largo plazo. Se puede plantear la pregunta si en dichos casos, dichas medidas deberían considerarse bajo la prohibición legal o si, al no ser abiertamente “irreversibles”, podrían quedar sujetos a otro régimen de autorización.

Adicionalmente, la prohibición plantea la interrogante acerca de los procedimientos o tratamientos que no tienen el carácter de irreversibles. La cuestión por determinar es si en estos casos es necesario contar con el consentimiento informado del paciente hospitalizado involuntariamente o si, por el contrario, la autorización para la HPI se extiende también a los tratamientos realizados durante tal HPI. Es claro que la Ley no dispone que todos los procedimientos “no irreversibles” se puedan realizar sin consentimiento durante una HPI. Frente a esto se debe considerar que el principio general, establecido en el artículo 4, es que se requiere el consentimiento informado, y que su omisión en el caso de la HPI no implica autorización tácita para procedimientos no relacionados con la emergencia. En este sentido, la prohibición no implica automáticamente que todos los tratamientos “no irreversibles” se puedan realizar sin consentimiento.

⁶⁴ Esta disposición constituye un importante avance respecto del régimen anterior, en que dichos tratamientos no estaban prohibidos, sino que se requería contar con el informe favorable del comité de ética del establecimiento (art. 24 Ley N° 20.584)

El Comité CDPD ha sostenido que los tratamientos que se reciban son independientes del estatus de hospitalización de las personas, sugiriendo que la solución sería la de requerir consentimiento informado para todo tratamiento durante la HPI⁶⁵. Esto se debería a que mientras la HPI descansaría en un fundamento de riesgo, el tratamiento sin consentimiento descansaría en la falta de capacidad para consentir de la persona en cuestión. La posición del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en contraste, considera que la HPI daría cobertura a los tratamientos sin la necesidad de consentimiento informado⁶⁶. Una posición intermedia puede ser ofrecida aquí. Ella establece que la HPI está destinada a situaciones excepcionales en las que existe un riesgo cierto e inminente para la vida o integridad de la persona o de terceros, debe entenderse que el fundamento para actuar sin consentimiento es la necesidad de proteger a las personas frente a dichos riesgos. Esto sugiere, por un lado, que los procedimientos y tratamientos que no sean indispensables para mitigar el riesgo que justificó la HPI deberían requerir el consentimiento del paciente. En ausencia de este consentimiento, tales intervenciones constituirían una infracción a la Ley y acarrearían las responsabilidades correspondientes. Asimismo, los procedimientos necesarios para mitigar el riesgo, por ejemplo, aquellos destinados al manejo de conductas perturbadoras y agresivas⁶⁷, como la contención (física, mecánica y química) y la observación en sala individual, podrían ser entendidos cubiertos por la autorización de emergencia de la HPI⁶⁸. Por tanto, la autorización implícita que permite la HPI no debería extenderse automáticamente a todos los tratamientos realizados durante la HPI. Los tratamientos necesarios para abordar la emergencia que motivó la HPI se pueden realizar sin consentimiento, pero los procedimientos adicionales deberían ajustarse al principio del consentimiento informado.

VI. INICIO Y TÉRMINO DE LA HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA

1. *Inicio*

El artículo 131 del Código Sanitario, todavía vigente, establece que la internación de los “enfermos mentales”⁶⁹ en recintos hospitalarios puede ser voluntaria, administrativa (ordenada por la autoridad sanitaria), judicial o de urgencia (ordenada por el médico en una situación de crisis), lo que sugiere que las hospitalizaciones involuntarias pueden tener tres fuentes. En contraste, la Ley N° 21.331 clasifica las HPI de acuerdo con su

⁶⁵ Comité CDPD, 2017, par. 11

⁶⁶ FIALA-BUTORA, 2024, pp. 6-7 (refiriéndose a los casos *X. v. Finland*, *Sýkora v. the Czech Republic* y *Plesó v. Hungary*).

⁶⁷ Resolución 984 de 2003.

⁶⁸ El art. 21 establece una serie de requisitos de procedencia de las medidas de manejo para estas conductas entre los que no se encuentra el requisito del riesgo ni el del consentimiento informado.

⁶⁹ Tanto el Código Sanitario como el Decreto 570 usan la expresión internación, la que en este contexto ha sido reemplazada en la Ley N° 21.331 por la de hospitalización.

fuelle u origen, sino que lo hace solo respecto de su carácter voluntario o involuntario, por lo que se plantea la duda si la regulación que ella establece a todas las HPI mencionadas en el Código Sanitario o si solo se refiere a la ordenada por el médico.

Respondiendo a esta duda, la Circular 6, que “instruye” a las HPI y busca “armonizar” los procesos de HPI con la nueva normativa mientras se dictan los reglamentos pertinentes, señala que la autoridad sanitaria, los tribunales y los establecimientos de salud deben velar por el respeto de los requisitos legales establecidos por la Ley Nº 21.331. Asimismo, sostiene que el SEREMI de Salud correspondiente revisará los casos propuestos por la red de salud. De esta manera, se puede advertir que si bien la autoridad sanitaria sigue teniendo un rol en la HPI, pierde la facultad de iniciar una HPI por sí misma. Esto se hace aún más evidente debido a que la misma Circular 6 establece con claridad las situaciones que pueden dar paso a una HPI según la Ley Nº 21.331: (a) a partir de una atención psiquiátrica involuntaria de urgencia; (b) a partir de una indicación clínica, que surja en el contexto de una atención ambulatoria; y (c) durante una hospitalización psiquiátrica voluntaria⁷⁰.

Aceptar este cambio, sin embargo, no es del todo fácil. Las disposiciones del Código Sanitario y del Decreto 570 siguen formalmente vigentes, y todavía no ha entrado en vigor el reglamento de la Ley Nº 21.331 que podría zanjar esta cuestión. El estatus normativo de la Circular 6 impide entender que ella modifica alguno de estos textos. El mensaje del Ejecutivo del proyecto de ley de salud mental integral busca corregir esta incoherencia modificando el Código Sanitario y clarificando, mediante una reforma a la Ley Nº 21.331, que la HPI solo puede ser sanitaria o judicial⁷¹. Ello ofrece luces acerca de que la dirección de nuestra legislación es limitar la competencia de la administración en favor de una decisión técnica que quede en manos de los médicos tratantes. Sin embargo, también confirma el problema de técnica legislativa que afectó a la Ley Nº 21.331, que no anticipó estos problemas.

2. *Término*

El alta o permiso de salida del paciente constituye una decisión exclusiva del equipo de salud, bajo la dirección del médico tratante. En el caso de los pacientes hospitalizados voluntariamente, se suma el derecho establecido en el artículo 18 de decidir por sí mismos el término de su hospitalización⁷². Sin embargo, cuando se trata de una HPI, el alta médica sigue una regulación específica. El artículo 16 establece claramente que el equipo médico tiene la obligación de poner fin a la HPI “tan pronto cese la situación de riesgo cierto e inminente para ella o para terceros”. La Circular 6 refuerza que la HPI debe terminar sin requerir “restauración plena de la salud”.

⁷⁰ Circular 6, secciones 5 y 8, que sin embargo no regula la HPI por orden judicial.

⁷¹ Boletín 17.003-11, arts. 28 y 29, que modifican el artículo 13 de la Ley Nº 21.331 y el artículo 130 del Código Sanitario.

⁷² Este es un derecho general establecido por los artículos 16 y 18 de la Ley Nº 20.584.

Una vez que cesan las razones que justificaban la HPI, el equipo médico debe ofrecer al paciente dos opciones: el alta hospitalaria, que implica que el paciente abandone el recinto, o continuar la hospitalización de forma voluntaria, con el consentimiento informado del paciente. En este último caso, la HPI se transforma en una hospitalización psiquiátrica voluntaria. La Circular 6 también regula situaciones no contempladas expresamente en la Ley N° 21.331, como el abandono no autorizado del recinto hospitalario por parte de un paciente que aún cumple con los criterios de HPI. En estos casos, debido a la gravedad del riesgo, se autoriza notificar a la autoridad policial conforme con el artículo 8 del Código Sanitario, para facilitar el reingreso del paciente. El mismo instrumento normativo establece el procedimiento aplicable en caso de fallecimiento durante una HPI.

Un aspecto particularmente llamativo es la facultad del Tribunal de Familia competente para ordenar el alta hospitalaria inmediata si se incumplen los requisitos legales para la HPI. Esto aparenta contradecir el artículo 16, que otorga al equipo médico la facultad exclusiva de decidir el alta o el permiso de salida. Para resolver esta contradicción, se propone interpretar que la expresión “disponer el alta médica” no sustituye las competencias del equipo médico, sino que es una orden judicial que obliga a dicho equipo a adoptar alternativas terapéuticas disponibles cuando cesan las razones que justificaban la HPI. Así, se armonizan ambas disposiciones, preservando las atribuciones médicas y el control judicial de legalidad⁷³.

VII. CONCLUSIONES

Este trabajo ha realizado una reconstrucción dogmática de los aspectos sustantivos de la HPI con el fin de sistematizar sus normas y ofrecer una interpretación coherente para los operadores jurídicos y equipos clínicos. La HPI busca equilibrar la protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental con la necesidad de intervenir en situaciones de riesgo inminente para la vida o la integridad. Este trabajo se ha enfocado en los aspectos sustantivos de la HPI, identificando sus características, requisitos y los principales desafíos interpretativos que surgen para su aplicación. La HPI se caracteriza por ser una medida excepcional y restrictiva de la libertad personal, aplicable solo en emergencias y sin necesidad de consentimiento informado. Su excepcionalidad exige que se utilice únicamente cuando no haya alternativas menos restrictivas y se cumplan los requisitos legales: existencia de un problema de salud mental, riesgo cierto e inminente, finalidad terapéutica, ausencia de discriminación por discapacidad y proporcionalidad de la medida. Estos requisitos buscan limitar el uso de la HPI y garantizar que su aplicación sea siempre justificada. Aunque se reconoce la profunda tensión existente con los estándares de la CDPD, el análisis que se ha realizado se ha

⁷³ Sin embargo, las facultades que pueden ejercer los Tribunales de Familia en el procedimiento de revisión de la HPI exceden este trabajo y requieren, debido a la ausencia de una normativa específica, un estudio de cómo funciona este procedimiento en la práctica.

centrado en la ley vigente para establecer una base informada que permita futuros debates respecto de su necesaria reforma.

Este artículo avanza propuestas de interpretación concretas para abordar vacíos y ambigüedades de la regulación. En primer lugar, se propone la incorporación de la proporcionalidad como un requisito implícito y autónomo, indispensable para la ponderación de los derechos fundamentales afectados. En segundo lugar, se propone una interpretación funcional para la prohibición de discriminación, entendiéndola como un mandato de vigilancia activa contra estereotipos y de aplicación rigurosa de los demás criterios legales. Finalmente, se argumenta que la autorización para la HPI no autoriza automáticamente cualquier intervención posterior, sosteniendo que los tratamientos no directamente ligados a mitigar el riesgo inminente que la originó requieren, como regla general, del consentimiento informado del paciente. Estas proposiciones buscan ofrecer coherencia en la aplicación de la ley, especialmente ante la ausencia de un reglamento que la desarrolle.

Finalmente, este trabajo abre diversas líneas de investigación futura que son cruciales para complementar el análisis nacional sobre la HPI. Resulta indispensable un estudio empírico de cómo funciona en la práctica la revisión judicial, indagando en cómo los tribunales de familia abordan el desafío de comprender y controlar las decisiones clínicas que fundamentan una HPI. Del mismo modo, es fundamental investigar cómo los equipos médicos toman las decisiones prácticas de la HPI y en qué medida cumplen con los exigentes requisitos legales.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBRECHT, H.-J., 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*, pp. 31-48, Berlin, Springer.
- BARBIERI, L. R., Pigozzi Sandoval, P. P., y Arenas Massa, Á., 2023: "Desafíos clínicos y normativos de la internación forzada en Chile, en virtud de la nueva Ley de Salud Mental", *Revista Médica de Chile*, volumen 151, número 4, pp. 497-504.
- BARRERA, Á., 2021: "Toda ley de Salud Mental debe legislar sobre la hospitalización involuntaria, o no será efectiva", *Cuadernos Médico Sociales*, volumen 61, número 1, pp. 55-59.
- BARRERA, Á., 2024: "Análisis crítico de la Circular 6 del Ministerio de Salud, que reglamenta la hospitalización psiquiátrica involuntaria", *Cuadernos Médico Sociales*, volumen 64, número 1, pp. 11-19.
- BUSTAMANTE, J. A., y Cavieres, A., 2018: "Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos", *Revista Médica de Chile*, volumen 146, número 4, pp. 511-517.
- CAMPBELL, L., 2023: "The relationship between ethics and law in mental healthcare", en *Routledge Handbook of Mental Health Law*, pp. 55-80, Londres, Routledge.
- CAMPOS, P., 2024: "Hospitalización psiquiátrica involuntaria y los estándares de la CDPD: revisión de la Ley N° 21.331, sobre salud mental en Chile", *Estudios Constitucionales*, volumen 22, número 1, pp. 181-210.
- CAMUS, P., 1993: "Filantropía, medicina y locura: la Casa de Orates de Santiago, 1852-1894", *Historia*, volumen 27, número 1, pp. 89-140.

- CASTEL, R., 1988: *The Regulation of Madness: The Origins of Incarceration in France*, Cambridge, Polity.
- CHODOFF, P., 2001: "Mal uso y abuso de la psiquiatría: visión general", en Bloch, Chodoff, P. Green S. (editores), *La Ética en Psiquiatría*, Madrid, Triacastela.
- COMITÉ CDPD, 2014: Observación General N° 1, Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley (CRPD/C/GC/1).
- COMITÉ CDPD, 2017: Directrices sobre el derecho a la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad (A/72/55)
- COMITÉ CDPD, 2016: Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile (CRPD/C/CHL/CO/1)
- COMITÉ de Derechos Humanos, 2016: Comunicación Individual No. 2920/2016 (C/127/D/2920/2016)
- COMITÉ de Derechos Humanos, 2016: Views adopted by the Committee under article 5(4) of the Optional Protocol, concerning communication No. 2044/2011 (CCPR/C/116/D/2044/2011).
- COMITÉ de Derechos Humanos, 2019: Views adopted by the Committee under article 5 (4) of the Optional Protocol, concerning communication No. 2920/2016 (CCPR/C/127/D/2920/2016).
- DAVIDSON, L., 2020: "A key, not a straitjacket: the case for interim mental health legislation pending complete prohibition of psychiatric coercion in accordance with the convention on the rights of persons with disabilities", *Health and Human Rights*, volumen 22, número 1, p. 163-178.
- DAWSON, J., 2015: "A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD", *International Journal of Law and Psychiatry*, volumen 40, pp. 70-79.
- FIALA-BUTORA, J., 2024: "The influence of the convention on the rights of persons with disabilities on the European court of human rights in the area of mental health law: Divergence and unexplored potential", *International Journal of Law and Psychiatry*, volumen 94, 101965.
- FIGUEROA, F., 2017: "Internamientos involuntarios y tratamientos forzados en psiquiatría: Autonomía y no discriminación como estándar de derechos humanos", *Anuario de Derechos Humanos*, volumen 13, pp. 111-121.
- GOODING, P., 2017: *A New Era for Mental Health Law and Policy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- GOODING, P., 2018: "The Right to Independent Living and being included in the Community: Lessons from the United Nations", *International Journal of Mental Health and Capacity Law*, volumen 24, pp. 32-54.
- GOODING, P., McSherry, B., y Roper, C., 2020: "Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, volumen 142, número 1, pp. 27-39.
- GUILLOUD, S. D., 2023: "The United Nations convention on the rights of persons with disabilities and mental health laws: Requirements and responses", en *Routledge Handbook of Mental Health Law*, pp. 101-123, Londres, Routledge.
- HENRÍQUEZ, M., 2013: "¿Hacia una ampliación del habeas corpus por la Corte Suprema?", *Revista de Derecho* (Coquimbo), volumen 20, número 2, pp. 421-437.
- HENRÍQUEZ, S., 2023: "Ley de reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental en Chile: descripción crítica", *Revista Justicia & Derecho*, volumen 6, número 1, pp. 1-19.
- KELLY, B. D., 2024: The right to mental health care in mental health legislation", en *Routledge Handbook of Mental Health Law*, Londres, Routledge.
- LARGE, M., Callaghan, S., y Ryan, C. J., 2023: "Risk of harm and involuntary psychiatric treatment", en *Routledge Handbook of Mental Health Law*, pp. 342-355, Londres, Routledge.
- MARSHALL, P., 2023: "Informed Consent and Decision Support: Legal reforms in Latin America", en N. Espejo y M. Bach (editores), *Legal capacity, disability and human rights*. Londres, Intersentia.

- MARSHALL, P., 2023: "Argentina, Chile, Colombia, and Peru: the relationship of Mental Health Law and Legal Capacity", en B. Kelly y M. Donnelly (editores), *Handbook of Mental Health Law*, Londres, Routledge.
- MARTIN, W., y Gurbai, S., 2019: "Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights", *International Journal of Law and Psychiatry*, volumen 64, pp. 117-128.
- MCSherry, B., y Freckelton, I. R., 2015: *Coercive care: rights, law and policy*, Londres, Routledge; 19b.
- MCSherry, B., Gooding, P., y Maker, Y., 2023: "Human rights promotion and the 'Geneva impasse' in mental healthcare: scoping review", *BJPsych Open*, volumen 9, número 3, e58.
- NILSSON, A., 2021: *Compulsory Mental Health Interventions and the CRPD: Minding Equality*, Londres, Routledge.
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud, y Naciones Unidas, 2024: *Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación: Orientación y Práctica*.
- OSORIO M, J. P., Parrini V, J., Galdames G, F., y Dinamarca C, F., 2016: "Length of stay in psychiatric hospitalization in patients with GES diagnoses and its comorbidities", *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, volumen 54, número 1, pp. 19-26.
- PONCE de León Solís, V., 2023: "El derecho a la vivienda adecuada de las personas con discapacidad mental en Chile", *Estudios Constitucionales*, volumen 21, número 2, pp. 35-65.
- PRIMEAU, A., Bowers, T. G., Harrison, M. A., y XuXu., 2013: "Deinstitutionalization of the mentally ill: Evidence for transinstitutionalization from psychiatric hospitals to penal institutions", *Comprehensive Psychology*, volumen 2, pp. 16-02.
- ROSE, N., 1998: Governing risky individuals: "The role of psychiatry in new regimes of control", *Psychiatry, Psychology and Law*, volumen 5, número 2, pp. 177-195.
- ROTHMAN, D. J., 2017: *The Discovery of the Asylum: Social Order and Disorder in the New Republic*, Londres, Routledge.
- SANTANDER, J., Huerta, D., Aceituno, D., y Fuentes, X., 2011: "Descripción clínica y socio-demográfica de pacientes psiquiátricos internados involuntariamente bajo el régimen de hospitalización administrativa en Chile", *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, volumen 49, número 2, pp. 157-164.
- SASHIDHARAN, S. P., Mezzina, R., y Puras, D., 2019: "Reducing coercion in mental healthcare", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, volumen 28, número 6, pp. 605-612.
- SCHOLTEN, M., y Gather, J., 2018: "Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward", *Journal of Medical Ethics*, volume, 44, pp. 226-233.
- SLOBOGIN, C., 2015: "Eliminating mental disability as a legal criterion in deprivation of liberty cases: The impact of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities on the insanity defense, civil commitment, and competency law", *International Journal of Law and Psychiatry*, volumen 40, pp. 36-42.
- SZASZ, T., 1991: *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, Nueva York, Syracuse University Press.
- SZMUKLER, G., 2018: *Men in White Coats: Treatment Under Coercion*, Oxford, Oxford University Press.
- SZMUKLER, G., y Dawson, J., 2011: "Reducing Discrimination in Mental Health Law - The 'Fusion' of Incapacity and Mental Health Legislation", en *Coercive Treatment in Psychiatry*, pp. 97-119, Nueva York, John Wiley.
- TÄNNSJÖ, T., 1999: *Coercive Care: The Ethics of Choice in Health and Medicine*, Londres, Routledge.
- THORNICROFT, G., Deb, T., y Henderson, C., 2016: "Community mental health care worldwide: current status and further developments", *World Psychiatry*, volumen 15, número 3, pp. 276-286.

- VÁSQUEZ, A., 2021: "The Potential of the Legal Capacity Law Reform in Peru to Transform Mental Health Provision", en M. A. Stein, F. Mahomed, V. Patel, y C. Sunkel (editores), *Mental Health, Legal Capacity, and Human Rights*, pp. 124-139, Cambridge, Cambridge University Press.
- VÖLLM, B., y Nedopil, N. (editores), 2016: *Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*, Berlin, Springer.
- WILSON, K., 2021: *Mental Health Law: Abolish or Reform?*, Oxford, Oxford University Press.

Normas Jurídicas

- CONVENCIÓN de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Referencia online: <https://bcn.cl/2esho> (consultada 09/07/2025).
- BIBLIOTECA del Congreso Nacional, historia de la Ley N° 21.331 (del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental). <https://www.bcn.cl/historiadelaley/nc/historia-de-la-ley/7866/>
- CÓDIGO Sanitario (Decreto con Fuerza de Ley 725). Referencia online: <https://bcn.cl/w2AJnv> (consultada 09/01/2025).
- DECRETO 570, Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. Referencia online: <https://bcn.cl/26fzq> (consultada 09/01/2025).
- DECRETO 68 de 1927, Reglamento para Servicios de Salubridad Mental. Referencia online: <https://bcn.cl/lvK2fu> (consultada 09/01/2025).
- LEY N° 20.584 (regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención salud). Referencia online: <https://bcn.cl/25b3z> (consultada 09/01/2025).
- LEY N° 21.331 (del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental). Referencia online: <https://bcn.cl/2p863> (consultada 09/01/2025).
- LEY de las Casas de Locos que daba cuenta del funcionamiento de la Casa de Orates fundada en 1852 en Santiago. Referencia online: <https://bcn.cl/RWctwL> (consultada 09/01/2025).
- MINISTERIO de Salud, Circular 1 de 2019 (Instruye sobre hospitalización involuntaria de personas afectadas por enfermedades mentales). Referencia online: <https://bcn.cl/2zqlp> (consultada 09/01/2025).
- MINISTERIO de Salud, Circular 6 de 2021 (Instruye sobre hospitalización involuntaria de personas afectadas por enfermedades mentales dejando sin efecto circular que indica). Referencia online: <https://bcn.cl/2zqlp> (consultada 09/01/2025).
- MINISTERIO de Salud, Resolución 984 de 2003 (aprueba norma general técnica N° 65 contención en psiquiatría). Referencia online: <https://bcn.cl/3kzmu> (consultada 09/01/2025).
- MINISTERIO de Salud, 2001: Orientaciones Técnicas para Funcionamiento de Hospitales de Día en Psiquiatría. Referencia online: https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_5268.PDF (consultada 07/04/2025).
- PROYECTO de ley que establece la ley integral de salud mental y modifica los cuerpos legales que indica, Boletín 17.003-11.
- PROYECTO de Ley sobre protección de la salud mental, Boletín N° 10563-11, que dio origen a la Ley 21.331.

