

Regulación de la internación involuntaria por salud mental en la legislación extranjera

La normativa chilena referente a la hospitalización o internación involuntaria de personas por motivos de salud mental es cuestionada por su falta de adecuación al estándar internacional establecido por la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Colombia y Argentina cuentan con leyes recientes (2013 y 2010) que regulan de manera especial la temática de salud mental. En Inglaterra, la Ley de Salud Mental de 1983, fue modificada el 2007. Todas ellas contemplan casos de internación involuntaria.

En lo que respecta a quién decide la internación no voluntaria por causa mental, la ley colombiana exige autorización del juez de familia, previa consulta del médico tratante o perito de un organismo de gobierno. Se considera el internamiento de urgencia, aquel calificado por el médico tratante o un perito designado por el Gobierno.

La norma argentina considera la intervención judicial para ratificar la internación y contempla medidas para la verificación de condiciones que hagan admisible la internación.

En Inglaterra, por lo general, se requiere el acuerdo de un profesional de la salud mental y dos médicos, uno de ellos con formación especial en trastornos mentales, para la internación no voluntaria.

Como medidas de control y revisión, se observan: revisión médica del paciente para una eventual prórroga del plazo de internación (Colombia); notificación de la internación de urgencia a un órgano público dedicado a la defensa de derechos (Instituto Colombiano de Bienestar); existencia de un órgano de revisión que evalúa que las internaciones involuntarias sean justificadas y ajustadas al tiempo necesario (Argentina); la figura de un Tribunal de Salud Mental, independiente del hospital y de un Defensor Independiente de la Salud Mental (Inglaterra).

* Elaborado para la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en el marco de la discusión de los proyectos refundidos de Salud Mental (Boletines N° 10.563-11 y 10-755-11).

Está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Contacto

E-mail: atencionparlamentarios@bcn.cl

Tel.: (56)32-226 3168 (Valpo.)

El presente documento ha sido elaborado a solicitud de una Comisión Legislativa del Congreso Nacional, bajo sus orientaciones y particulares requerimientos. Por consiguiente el tema que aborda y sus contenidos están determinados por los parámetros de análisis acordados y por el plazo de entrega convenido. No es un documento académico y se enmarca en los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y oportunidad en su entrega.

Paola Truffello G.

Abogado (Universidad Diego Portales).
Postítulos en Derecho de Familia,
Mediación Familiar y Procesal Penal.

E-mail: ptruffello@bcn.cl

Tel.: (56) 32 2263185

Christine Weidenslaufer V.

Abogado (Universidad de Valparaíso) y
Máster en Derecho Internacional y
Comparado (St. Mary's University,
Texas, EE.UU.).

E-mail: cweidenslaufer@bcn.cl

Tel.: (56) 2 2261892

Equipo de trabajo

Guido Williams

I. Introducción

A solicitud de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, este documento analiza la regulación de los organismos competentes para decidir sobre la internación de pacientes de salud mental contra su voluntad, así como de los mecanismos destinados a revisar dicha decisión. Se revisan las legislaciones de Colombia y Argentina por tratarse de países que cuentan con leyes recientes y la situación de Inglaterra para ilustrar un modelo de raíz anglosajón.

Este documento no desarrolla la regulación internacional de la salud mental como derecho humano, ni la normativa a nivel nacional por exceder del tema solicitado. Antecedentes de dichas materias, así como un mayor detalle de las falencias de la regulación chilena detectadas por diversos estudios, pueden encontrarse en otros Informes BCN, referidos a la protección internacional de la salud mental en el derecho internacional de los derechos humanos, la regulación de la hospitalización no voluntaria administrativa y la legislación comparada en salud mental.

Pese a las diversas aproximaciones que esta materia recibe, es importante considerar la especificidad de los términos que se utilizan. Así, por ejemplo, “persona con enfermedad mental” y “persona en situación de discapacidad intelectual” responden a situaciones distintas. El primer caso considera a aquellas personas que padecen una enfermedad de origen psíquico o mental, mientras que en el segundo, abarca a aquellas personas que, sin encontrarse enfermas, se encuentran en una situación de discapacidad, en este caso intelectual.

II. Antecedentes de la regulación chilena y su brecha con el estándar internacional

En Chile, la hospitalización o internación involuntaria de personas por motivos de salud mental se encuentra regulada en normas de rango legal y administrativo y parte de ella es cuestionada, en especial, por la falta de adecuación al estándar internacional establecido con la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹ (vigente en Chile desde 2008), que contempla entre sus principios el respeto a la dignidad inherente, la autonomía individual (incluida la libertad de tomar las propias decisiones) y la independencia de las PCD (art. 3 letra a). Específicamente, en materia de libertad, dispone que cualquier privación de libertad de PCD debe hacerse en conformidad a la ley, no debiendo la discapacidad en ningún caso justificar una privación de libertad (art. 14).

La Ley N° 20.584 (2012) establece determinadas condiciones para las hospitalizaciones involuntarias de PCD mental y otorga facultades a la autoridad sanitaria, mientras que el Código Sanitario distingue distintos tipos de internación y encomienda que un reglamento establezca las condiciones de cada una. Igualmente, el citado código, faculta a la autoridad sanitaria decretar la internación, permanencia y salida de “enfermos mentales” de establecimientos destinados a su observación.

El Reglamento de 1998 del Ministerio de Salud (DS N° 570) establece las condiciones de cada uno de los tipos de internación, entre otras materias y la Circular del Ministerio de Salud de 2007, con motivo de la entrada en vigencia del citado Reglamento, instruye sobre internación no voluntaria de personas afectadas por enfermedades mentales.

¹ Aprobada por Decreto N° 201, de 2008, del Ministerio de Relaciones exteriores que promulga la Convención y su Protocolo Facultativo. También se encuentra vigente la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, aprobada por Decreto N° 99, de 2002, del Ministerio de Relaciones Exteriores.

La regulación de nuestro país en esta materia es cuestionada a la luz de los compromisos internacionales adquiridos. El año 2016, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad², en materia del derecho a la libertad y seguridad de las PCD, recomendó al estado chileno prohibir la institucionalización forzada de personas en hospitales psiquiátricos u otro tipo de residencias de larga estadía por motivo de discapacidad (Observaciones Finales, 2016).

Estudios nacionales efectúan un análisis crítico de la regulación chilena. El Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental en Chile (DDHH-PDM), destaca que desde hace algunas décadas se evidencia un avance de varios países hacia la desinstitutionalización de las personas con discapacidad mental (PCDM), lo que supone sustituir el modelo de privación de libertad de PDM en instituciones psiquiátricas, por uno que promueva servicios comunitarios y diversas formas de apoyo social. Chile, si bien ha implementado políticas en ese sentido, mantiene una importante brecha aún con dicha realidad (Observatorio DDHH-PDM, 2014:27).

El Observatorio DDHH-PDM cuestiona que la decisión de internación no voluntaria provenga de una autoridad administrativa, mientras que en otros países ésta es dada por un organismo judicial o cuasi – judicial por tratarse de una privación de libertad. Concluye el Observatorio de DDHH-PDM que la regulación chilena en materia de hospitalización y tratamientos involuntarios no cumplen cabalmente con el estándar internacional de derechos humanos, por no contar con organismos autónomos que autoricen y supervisen los procedimientos, ni vías expeditas de apelación, entre otros aspectos (Observatorio DDHH-PDM, 2014:31).

Por su parte, el Informe de la Pontificia Universidad Católica de Chile de 2014, “Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo”, sostiene que la legislación vigente sobre salud mental es insuficiente tanto para abordar adecuadamente su problemática y desafíos, como para brindar efectiva protección a los derechos de los pacientes. Según este informe, el deber de no discriminación, puede verse incumplido por una inferior protección o mantención de alta vulnerabilidad de pacientes con trastornos asociados a la salud mental, situación que puede producirse cuando se afectan otros derechos constitucionales de estas personas, tales como: la garantía a la libertad personal; el derecho a defensa jurídica, o; las libertades de conciencia y expresión (Informe PUC, 2014:102).

Respecto a la internación no voluntaria, el Informe PUC citado, cuestiona la regulación de la Ley N° 20.584, respecto a la hospitalización no voluntaria, por no establecer límites de tiempo, ni una referencia clara a la competencia del paciente, “dejando la decisión en manos del médico tratante de modo marcadamente discrecional” (Informe PUC, 2014:103). Asimismo, el Informe critica el Reglamento de 1998 del Ministerio de Salud por invadir materias de dominio legal, definir formas de internación no voluntaria sin límites, otorgar “potestades casi omnímodas sobre los pacientes” y no contar con criterios científicos respecto a las situaciones que impiden a una persona decidir por sí misma.

III. Legislación extranjera

² Órgano de vigilancia del cumplimiento de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

A continuación, se recoge la regulación de Colombia, Argentina e Inglaterra respecto al marco regulatorio y conceptos legales en materia de internación por salud mental, así como las autoridades y mecanismos de control y vigilancia existentes.

1. Marco regulador y definiciones legales

Argentina y Colombia cuentan con leyes recientes (2013 y 2010) que regulan de manera especial la temática de salud mental. En Inglaterra, la Ley de Salud Mental de 1983, fue modificada el 2007.

a. Colombia

El 2013 fue dictada en Colombia la Ley N° 1.616 de Salud Mental, que tiene por objeto garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, con prioridad en niños, niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental.

La salud mental es definida como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (art. 3).

Asimismo, la ley define en forma diferenciada los conceptos de:

- Trastorno mental: Alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en el razonamiento, el comportamiento, en la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida.
- Discapacidad mental: Se presenta en una persona que padece limitaciones transitorias o permanentes, psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, y/o que presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales.
- Problema psicosocial: Puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona.

b. Argentina

En Argentina, Ley N° 26.657, sobre Protección de la Salud Mental de 2010, tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental. Entre otros aspectos, comprende modalidades de abordaje, con referencias expresas a los regímenes de internación (voluntarios e involuntarios), la autoridad responsable de la aplicación de la ley y el órgano de revisión.

La ley define salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3).

Si bien, no se define “enfermedad mental” en términos positivos, excluye determinados supuestos. La ley asume la “presunción de capacidad de todas las personas” y establece que no puede hacerse un diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- Elección o identidad sexual;
- La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”.

c. Inglaterra

La Ley de Salud Mental de 1983 de Inglaterra, fue modificada el 2007, y regula la internación forzosa de salud y establece cuándo una persona puede ser admitida, detenida y tratada en un hospital contra su voluntad.

Sólo pueden ser internadas las personas que sufren un “desorden mental”, lo cual, de acuerdo a la organización Rethink Mental Illness (2016:2), incluye la esquizofrenia, la depresión, y los trastornos bipolar, de ansiedad, obsesivo-compulsivo (TOC), de la alimentación, y de la personalidad.

Asimismo, según la Ley (sección 1(3)), no pueden ser sujetos a internación quienes sufran de drogadicción o alcoholismo, pero sí podrían serlo en caso que las drogas les causen problemas de salud mental, por ejemplo, como ha señalado la jurisprudencia que sufran delirios debido al uso de cannabis (Rethink Mental Illness 2016:2).

2. Internación involuntaria: Autorización y medidas de vigilancia

La ley colombiana exige autorización judicial para la internación involuntaria por causa mental, mientras la argentina dispone la intervención del juez con posterioridad a la internación, para su ratificación. La ausencia de intervención judicial preventiva en Argentina, es suplida con diferentes medidas destinadas a la verificación de condiciones que hacen admisible esta clase de medidas. En Inglaterra, por lo general, se requiere el acuerdo de tres personas para la internación no voluntaria (un profesional de la salud mental y dos médicos, uno de ellos con formación especial en trastornos mentales).

a. Colombia

La Ley de Salud Mental no contiene normas sobre internación involuntaria.

La Ley N° 1306 de 2009 sobre Protección de Personas con Discapacidad Mental y Régimen de Representación Legal de Incapaces Emancipados, dispone que las personas con discapacidad mental absoluta³ gozan de libertad, a menos que su internamiento por causa de su discapacidad sea imprescindible para la salud y terapia del paciente o por tranquilidad y seguridad ciudadana.

La ley distingue entre los internamientos de urgencia y los que no lo son y requieren autorización judicial

³ Se considera con discapacidad mental absoluta a quien sufre una afección o patología severa o profunda de aprendizaje, de comportamiento o de deterioro mental (art. 17).

- Internamiento psiquiátrico de urgencia. Procede para pacientes con discapacidad mental absoluta. La urgencia es calificada por el médico tratante o un perito del organismo designado por el Gobierno Nacional para el efecto o del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (art. 21).

La internación debe ser puesta en conocimiento del Instituto de Bienestar Familiar⁴, dentro de los 5 días hábiles siguientes del ingreso, por el Director de la Clínica o Establecimiento.

El internamiento de urgencia tiene como plazo máximo 2 meses, a menos que el juez lo autorice de conformidad al procedimiento de internación de los casos que no son de urgencia (art. 21 y 22).

- Internamiento psiquiátrico autorizado judicialmente (sin urgencia). Es autorizado por el Juez de Familia, previa consulta del médico tratante o un perito del organismo designado por el Gobierno Nacional para el efecto sobre su necesidad o conveniencia para el paciente.

La medida de internamiento no puede exceder de 1 año, y puede ser prorrogada por períodos iguales de manera indefinida. La prórroga requiere de la opinión del médico tratante o perito, quien debe certificar haber observado y evaluado al paciente dentro de los 30 días anteriores (art. 23).

El internamiento psiquiátrico cesa en cualquier momento en que se establezca pericialmente que las causas que la motivaron han desaparecido (art. 20, 22 y 24). Las peticiones de cese del internamiento (por vencimiento del plazo) así como los recursos, son tramitados dentro de los términos de las acciones de tutela (art. 24).

b. Argentina

La Ley N° 26.657, sobre Protección de la Salud Mental concibe la internación involuntaria como un recurso terapéutico excepcional en caso que no sea posible el abordaje ambulatorio. Procede solo cuando a criterio del equipo de salud media una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, además de los requisitos legales que se señalan a continuación.

A diferencia de Colombia, la ley argentina dispone la intervención del juez con posterioridad a la internación, para ratificar el régimen impuesto sin contar con el consentimiento del paciente. No obstante, la ausencia de intervención judicial preventiva es suplida con diferentes medidas destinadas a la verificación de condiciones que hacen admisible esta clase de medidas, entre ellas (art. 20):

- Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación, que determine la situación de riesgo cierto e inminente para el paciente o para terceros.
- Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento
- Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

La internación involuntaria debe notificarse en un plazo de 10 horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las 48 horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20.

⁴ El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es un establecimiento público creado por la Ley N° 75 de 1968.

El órgano de revisión fue creado por la Ley N° 26.657, sobre Protección de la Salud Mental (art. 38) en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental. Entre sus funciones se encuentran la de supervisar de oficio o por denuncia las condiciones de internación por razones de salud mental en el ámbito público y privado, así como, evaluar que las internaciones involuntarias sean debidamente justificadas y ajustadas al tiempo necesario (art. 40).

Notificada la internación al juez, éste debe, en un plazo máximo de 3 días corridos:

- Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos y/o;
- Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación inmediata.

Finalmente, la ley permite que el juez ordene la internación involuntaria por sí, cuando cumplidos los requisitos del artículo 20 ya vistos, el servicio de salud responsable se niegue a realizarla (art. 21).

Si una internación voluntaria se prolonga por más de 60 días corridos, debe informarse por el equipo de salud al órgano de revisión y al juez. Éste último debe evaluar en un plazo máximo de 5 días, si la internación sigue siendo voluntaria o si debe pasar a ser involuntaria con los requisitos y garantías de ésta última. Si la internación fuese por problemas sociales, el juez deberá ordenar al órgano administrativo pertinente la inclusión en programas sociales y la externación a la brevedad posible, informando al órgano de revisión (art. 18).

c. Inglaterra

La internación se produce por requerimiento de un profesional de salud mental (o AMHP, por sus siglas en inglés)⁵ o bien por un pariente cercano, aunque ello es menos usual (Rethink Mental Illness 2016:2).

Por lo general, se requiere del acuerdo de tres personas para internar forzosamente a alguien, pero ello podría variar dependiendo de la urgencia de la situación. Estas personas normalmente son: a) el AMHP; b) un médico con formación especial en trastornos mentales, llamado “médico aprobado por la sección 12”, y c) un tercer médico (Rethink Mental Illness 2016:3).

En lo posible, al menos uno de los médicos debe haber tratado profesionalmente al paciente con anterioridad. Asimismo, el AMHP sólo puede requerir la internación si ha visto al paciente en los últimos 14 días (sección 11), mientras que los médicos deben haberlo visto al mismo tiempo o ambos en un lapso no mayor a 5 días (sección 12), sea en un su hogar, en un lugar público o en un hospital.

Si la persona se encuentra en su casa, se niega a que los profesionales pueden entrevistarla y hay preocupación por su situación, el AMHP puede solicitar a la Corte una orden judicial para el ingreso de la policía al domicilio y el traslado de la persona a algún lugar seguro, por ejemplo, un hospital o una

⁵ Los AMHP pueden ser trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales y enfermeras, pero no médicos (Rethink Mental Illness 2016:3).

estación de policía (sección 135). Pero, si la persona se encuentra en un lugar público, la policía puede llevarlo a un lugar seguro (sección 136) (Rethink Mental Illness 2016:3).

El personal del hospital debe informarle al paciente bajo qué sección de la Ley se encuentra y cuáles son sus derechos (sección 132).

Los principales tipos de internación que contempla la ley son los siguientes:

- Internación (bajo sección 2), destinada a la evaluación del paciente y un posible tratamiento. La persona sólo puede permanecer en el hospital por hasta 28 días, no renovables, siendo sus derechos los siguientes: apelar al Tribunal de Salud Mental⁶ de su internación durante los primeros 14 días; apelar ante la los administradores del hospital; y solicitar la visita de un Defensor Independiente de la Salud Mental (IMHA, por sus siglas en inglés).
- Internación (bajo sección 3), cuyo objeto es el tratamiento. Esta puede durar hasta 6 meses, plazo que puede ser extendido. Los derechos del paciente bajo la sección 3 son: apelar ante un tribunal una vez en los primeros 6 meses (y cada vez que se renueve la internación) ante el Tribunal de Salud Mental; solicitarle a los administradores de la Ley de Salud Mental que lo liberen; o solicitar la ayuda de un IMHA (Rethink Mental Illness 2016:7).

El Tribunal de Salud Mental es un cuerpo independiente del hospital, formado por un equipo de tres personas: un juez, un psiquiatra y una persona con antecedentes de asistencia social (Royal College of Psychiatrists 2017).

Los “administradores del hospital” constituye un panel de tres gerentes del hospital, generalmente con antecedentes de experiencia clínica o social, el que puede organizar una audiencia muy similar a la del Tribunal (Royal College of Psychiatrists 2017).

En cualquiera de los dos casos, el tribunal puede: ordenar la liberación del paciente; recomendar que sea transferido a otro hospital; pedir al médico que considere que el paciente reciba tratamiento en su comunidad; y recomendar que se le permita salir del hospital por períodos de tiempo, para ver si está listo para la vida en comunidad. Esta decisión podría ser revisada por un llamado Tribunal Superior (Cámara de Apelaciones Administrativas)⁷, por razones de procedimiento o de interpretación o aplicación de la ley, pero no de fondo (Gov.uk a s/f).

Sólo se puede recurrir a un IMHA si el paciente se encuentra internado bajo las secciones 2 o 3 de la Ley de Salud Mental. No así, si está bajo internación en los siguientes casos:

- Internación de emergencia hasta por 72 horas, para decidir una internación bajo sección 2 o 3 (sección 4);

⁶ Esta apelación puede ser efectuada por un representante legal o un pariente cercano (Gov.uk (s/f)).

⁷ Este tribunal administrativo revisa las apelaciones respecto de decisiones emitidas por ciertos tribunales y organizaciones inferiores incluyendo: seguridad social y manutención infantil, pensiones, salud mental, educación especial, tráfico, entre otras (Gov.uk b s/f).
Tribunal de las Necesidades Educativas Especiales para el País de Gales
Tribunal de Revisión de Salud Mental de Gales
Tribunal de Apelaciones de Pensiones en Irlanda del Norte (sólo para apelaciones de evaluación bajo el Régimen de Pensiones de Guerra)

- Internación bajo los poderes de retención que la Ley de Salud Mental otorga a médicos y enfermeras, hasta por 6 horas (sección 5(4)); o
- Internación en un lugar seguro bajo los poderes de la policía (artículos 135 o 136).

Por otra parte, si el paciente no está de acuerdo con su internación bajo la sección 2 o 3, puede apelar a un tribunal, pudiendo recibir representación legal gratuita en la audiencia ante el tribunal (Rethink Mental Illness 2016:4).

Referencias

Gov.uk a (s/f). Apply to the Mental Health Tribunal. Disponible en: <https://www.gov.uk/mental-health-tribunal/overview> (abril, 2017).

Gov.uk b (s/f). Upper Tribunal (Administrative Appeals Chamber). Disponible en: <https://www.gov.uk/courts-tribunals/upper-tribunal-administrative-appeals-chamber> (abril, 2017).

Informe BCN (2014). Protección internacional de la salud mental de las personas en materia de derecho internacional de los derechos humanos. Elaborado por Andrea Vargas.

Informe BCN (2015). Regulación de la hospitalización no voluntaria administrativa de personas con discapacidad mental (BCN, 2015). Paola Truffello G., con la colaboración de Pedro Harris.

Informe BCN (2015). Salud mental. Legislación comparada y Chile. Paola Truffello G.

Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014). Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago, Chile. www.observatoriodiscapacidadmental.cl (abril, 2017).

Observaciones Finales (2016).CRPD/C/CHL/CO/1. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/crc/> (abril, 2017).

Pontificia Universidad Católica de Chile (2014) Concurso Políticas Públicas. Propuestas para Chile: Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo. Disponible en: <http://bcn.cl/1pw3p> (abril, 2017).

Rethink Mental Illness (2016). Mental Health Act Sectioning. Factsheet. Disponible en: <https://www.rethink.org/resources/m/mental-health-act> (abril, 2017).

Royal College of Psychiatrists (2017). Being sectioned (in England and Wales). Disponible en: <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/beingsectionedengland.aspx> (abril, 2017).

The Mental Health Act de 1983. Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents> (abril, 2017).

Textos normativos

Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

Argentina

- Ley N° 26.657, sobre Protección de la Salud Mental.

Colombia

- Ley N° 1.616 de Salud Mental.
- Ley N° 1306 de 2009 sobre Protección de Personas con Discapacidad Mental y Régimen de Representación Legal de Incapaces Emancipados.

Chile

- Código Sanitario.
- Ley N° 20.584 (2012) sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
- Reglamento (1998) aprobado por Decreto Supremo N° 570 del Ministerio de Salud, para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan.
- Circular A15/N° 13, Departamento Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, de 05 de Julio de 2007, con motivo de la entrada en vigencia del Reglamento, instruye sobre internación no voluntaria de personas afectadas por enfermedades mentales.

Inglaterra

- Ley de Salud Mental de 1983 de Inglaterra, fue modificada el 2007, y regula la internación