

Desafíos clínicos y normativos de la internación forzada en Chile, en virtud de la nueva Ley de Salud Mental

LEONARDO ROSEL BARBIERI^{1,a}, PIER PAOLO PIGOZZI SANDOVAL^{2,b},
ÁNGELA ARENAS MASSA^{3,c}

Clinical and regulatory challenges of forced hospitalization in Chile under the new Mental Health Law

Abstract: Forced hospitalization is a common practice in psychiatry. It involves limiting the patient's freedom of movement in a clinical context without expressing informed consent, causing stress to the family and support network. Thus, forced hospitalization may cause violations, disturbances, or threats to the human rights of a vulnerable population. Considering this clinical reality, the present study seeks to analyze the current law on this subject in Chile compared to the international human rights guidelines. The analysis included a review of legal documents and referenced scientific articles. The new law No. 21,331 establishes a more demanding standard for the origin of forced internment, shortening the distance concerning the human rights guidelines regarding intellectual disability. The incoming development of the regulations mandated by the law could fill in the gaps in several situations that may arise and clarify fuzzy points. The key stakeholders' participation level will be critical in this matter.

(Rev Med Chile 2023; 151: 497-504)

Key words: Human Rights; Involuntary Treatment; Mental Health.

La internación involuntaria es una práctica frecuente en la clínica de la especialidad e incluye la limitación de la libertad de movimiento del paciente en un centro clínico y la aplicación de tratamientos sin consentimiento u obligatorios, acciones de contención física o farmacológica, aislamiento social y físico, entre otros¹. Se utiliza en la práctica médica con la finalidad de proteger a los pacientes frente a descompensaciones graves de sus cuadros, las cuales implican riesgo para la integridad de sí mismos o de terceros, con el correspondiente manejo terapéutico hasta su compensación y estabilización. El usuario retorna a la comunidad una vez logrado este objetivo. Otras posibles circunstancias para justificar su uso son la necesidad de diagnóstico o tratamiento en personas con capacidad de toma

de decisión disminuida por discapacidad psíquica o intelectual².

La responsabilidad de indicar este tipo de internaciones recae en los médicos psiquiatras, generales o de familia de los distintos niveles de atención, por lo que resulta de especial relevancia conocer las implicancias clínicas y normativas que se desprenden de ella, desde una visión comunitaria de la salud pública.

En Chile, según solicitud al Consejo para la Transparencia AO001T0018586, entre los años 2017 y 2021 existe registro de 9.485 internaciones administrativas. Se precisa que a partir de 2019 se inició el registro de dichas internaciones en la plataforma MIDAS, que no está disponible en todas las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) a la fecha. En el Ordinario A/102, la Subsecretaría

¹Profesor Asistente, Departamento de Ciencias Clínicas y Preclínicas, Facultad de Medicina, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile.

²Profesor asistente, Departamento de Derecho Público, Facultad de Derecho, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

³Profesora Titular, Departamento Ciencias del Derecho, Facultad de Derecho, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

^aJefe de Programa de Especialización en Psiquiatría de Adultos.

^bAbogado, PhD. Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Universidad de Notre Dame.

^cAbogado, PhD. Storia e filosofia del diritto europeo. Università Degli Studi Tor Vergata, Roma.

Conflictos de interés: No declarados.

Recibido el 26 de agosto de 2022, aceptado el 22 de enero de 2023.

Correspondencia a:
Leonardo Rosel Barbieri
Alonso de Ribera 2850,
Concepción, Chile.
lrosel@ucsc.cl

de Salud Pública explicita que debido al estallido social (2018) y a la pandemia COVID-19, los datos relacionados con el número de internaciones no estarían completos.

La doctrina de los derechos humanos es sensible a la coerción física y farmacológica. La implementación de acciones alternativas a dicha medida ha sido considerada crucial para brindar tratamiento, calidad de vida y respeto hacia las personas con problemas de salud mental³. La coerción puede afectar la libertad de movimiento, la autonomía individual (incluida la libertad de tomar las propias decisiones)⁴, la integridad física y mental de la persona, la unidad familiar. También constituiría una amenaza de discriminación y estigma⁵, considerándose una conducta sospechosa de sometimiento a torturas, o tratos crueles, inhumanos o degradantes, por lo que requeriría una constante vigilancia, asociada a procesos de fiscalización⁶. Desde una interpretación armónica de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad⁷, esta medida extraordinaria debería considerar etapas de prevención, intervención temprana y continuidad de tratamientos, además de entornos clínicos y comunitarios adecuados, si lo que se busca es brindar una atención integral y centrada en la persona^{8,9}. No obstante, en la literatura internacional se aprecia que pocas legislaciones protegen adecuadamente los derechos de las personas con trastornos mentales¹⁰.

Una regulación que garantice el respeto de los derechos de las personas con discapacidad intelectual minimizando la internación forzada, es un deber ético en lo clínico y comunitario, además de un mandato internacional¹¹⁻¹³ prescrito por la Convención.

Históricamente la normativa ha sido reglamentaria, a través del Decreto N.º 68 (1927)¹⁴, y luego a través del Decreto N.º 570 del Ministerio de Salud (1998)¹⁵. Recientemente, la regulación de la internación forzada se ha regulado a través de la Ley N.º 21.331 “Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental”, que en el Título III aborda el tema “De la naturaleza y requisitos de la internación psiquiátrica”¹⁶. Dado que la internación involuntaria es una medida que además de la privación de libertad contempla el posible uso de otras acciones coercitivas dentro del contexto clínico, este artículo se centra en diferenciar y

analizar los aspectos jurídicos de la internación forzada en Chile según el Decreto N.º 570 del año 2000 del Ministerio de Salud, que en los hechos continúa vigente y, la Ley N.º 21.331, a la luz de las orientaciones internacionales relevantes en dicha materia. Para ello se realizó una revisión bibliográfica de documentos jurídicos, artículos científicos, de referencia y actualidad. Este análisis comparativo permite generar orientaciones para la creación del reglamento pendiente mandatado en la ley y generar recomendaciones generales a los equipos clínicos.

Análisis comparativo de la internación forzada entre el Decreto N.º 570 del Ministerio de Salud (1998) y la Ley N.º 21.331 (2021)

La internación forzada transita hacia un camino de abolición, a partir del artículo 19 de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Según los órganos internacionales especializados creados para la supervisión del cumplimiento de la Convención, la internación involuntaria aumenta el riesgo de confinamiento frecuente, exposición a tratos crueles e inhumanos, abusos sexuales y violaría directamente la prohibición de discriminación, el acceso a la justicia, la libertad de movimiento y el consentimiento libre e informado en ámbito sanitario, etc.^{17,18}. En la reflexión ética y clínica, la internación forzada como medida coercitiva tiene implicancias para los pacientes y su entorno¹⁹. La hospitalización contra la voluntad de los pacientes genera emociones en las familias, que van desde el alivio por el hecho de sentirse responsables del familiar hospitalizado, hasta la preocupación, rabia y culpa por aceptar la hospitalización. El temor por dañar la relación con el usuario y la confusión asociada al proceso incrementan la dificultad para la toma de decisiones. Además, podrían existir dificultades en los equipos clínicos para comunicar adecuadamente¹⁹.

El Decreto N.º 570 permanece vigente en los hechos, dado que el Ministerio de Salud no ha dictado el reglamento mandatado en el artículo 21 inciso final de la Ley N.º 21.331, según el cual: “Mediante un reglamento expedido por el Ministerio de Salud se establecerán las normas adecuadas para el manejo de las conductas perturbadoras o

agresivas que las personas con discapacidad psíquica o intelectual pudieran tener en establecimientos de salud y el respeto por sus derechos en la atención de salud”.

En su artículo 11, el Decreto N.º 570 se refiere a la internación de carácter no voluntario, sin definirla y distinguiendo tres tipologías, a saber, la de urgencia no voluntaria, la administrativa y la judicial. Este artículo se centra en las dos primeras, porque son las que mayor impacto tienen en la toma de decisiones por parte de los equipos clínicos.

En el caso de la internación de urgencia no voluntaria, no se cuenta con la orden de la autoridad administrativa correspondiente. El médico que evalúa al usuario puede indicar la hospitalización contra la voluntad del paciente, por un plazo de 72 horas, “con el exclusivo objeto de realizar la observación indispensable para elaborar un diagnóstico médico especializado, o bien, para superar la crisis en la que se encuentra el paciente”, luego de lo cual se debe establecer su alta o necesidad de tratamiento. Si transcurridas las 72 horas el paciente continúa requiriendo manejo intrahospitalario y aún no tiene posibilidad de otorgar consentimiento, se deben elevar los antecedentes a la autoridad sanitaria correspondiente para que resuelva en 72 horas adicionales, su internación administrativa. Ello se realiza informando a la persona que actúe como apoderado del paciente durante la internación (artículo 13 inciso 2º y 3º). En caso de no cumplirse con los requisitos para su realización, la autoridad puede determinar el alta del paciente.

En el caso de la internación administrativa la iniciativa corre por cuenta de la familia, los equipos médicos, autoridad policial o cualquier miembro de la comunidad que realice la solicitud a la autoridad sanitaria. Aquí se puede ordenar el traslado del paciente incluso bajo apremio físico hasta un centro asistencial (artículo 14 inciso primero). Habitualmente, el ingreso del paciente se realiza vía servicio de urgencias, donde un profesional del área, normalmente un médico psiquiatra, resuelve si corresponde desde el punto de vista clínico el ingreso a una unidad de hospitalización o si se realizará manejo ambulatorio. Usualmente, este traslado se realiza por la fuerza pública en conjunto o coordinación con el equipo sanitario. Este tipo de internación debe ser reevaluada por la autoridad sanitaria cada 30 días

con base en la opinión médica correspondiente (artículo 14 inciso final), pudiendo otorgarse el alta administrativa en caso de no cumplirse las condiciones que la justifiquen o a proposición del equipo tratante.

Por su parte, la Ley N.º 21.331 define la hospitalización psiquiátrica como una medida terapéutica, excepcional y transitoria (artículo 11). Respecto a la hospitalización psiquiátrica involuntaria sin definirla, prescribe que: “...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 integridad de la persona o de terceros”.

La Ley N.º 21.331 mandata para los casos de hospitalización psiquiátrica involuntaria, que transcurridas 72 horas desde el ingreso, en caso necesario la autoridad sanitaria debe enviar los antecedentes al Tribunal de Familia para la prolongación de dicha internación. Este tribunal tiene 3 días hábiles para responder, lo que puede implicar solicitud de nuevos antecedentes extendiéndose un plazo de 5 días hábiles para el equipo y la comisión de protección de derechos de las personas con enfermedades mentales (artículo 14).

Con respecto al alta de una hospitalización psiquiátrica involuntaria, se establece que esta facultad es del equipo de salud. El alta debe ser informada a la autoridad sanitaria y representantes de la persona, sin embargo, dicho procedimiento ha quedado expresamente pendiente a la espera de ser incluido en el futuro reglamento (artículo 16) (Figura 1).

Especial observación merecen las condiciones establecidas para la internación psiquiátrica (voluntaria/no voluntaria) del Decreto N.º 570, y la hospitalización psiquiátrica involuntaria de la Ley N.º 23.331 (Tabla 1).

En términos generales, la Ley N.º 23.331 establece expresamente seis condiciones para la internación psiquiátrica no voluntaria. En esto se diferencia del Decreto N.º 570 que hace referencia a cualquier tipo de internación en personas con enfermedades o trastornos mentales, generando un cambio relevante que admitirá diversas posibles interpretaciones. Por otra parte, la nueva legislación establece el hecho de que estas condiciones deben presentarse en su totalidad al momento de proceder a la hospitalización psiquiátrica no voluntaria. Esto no era necesario al aplicar las

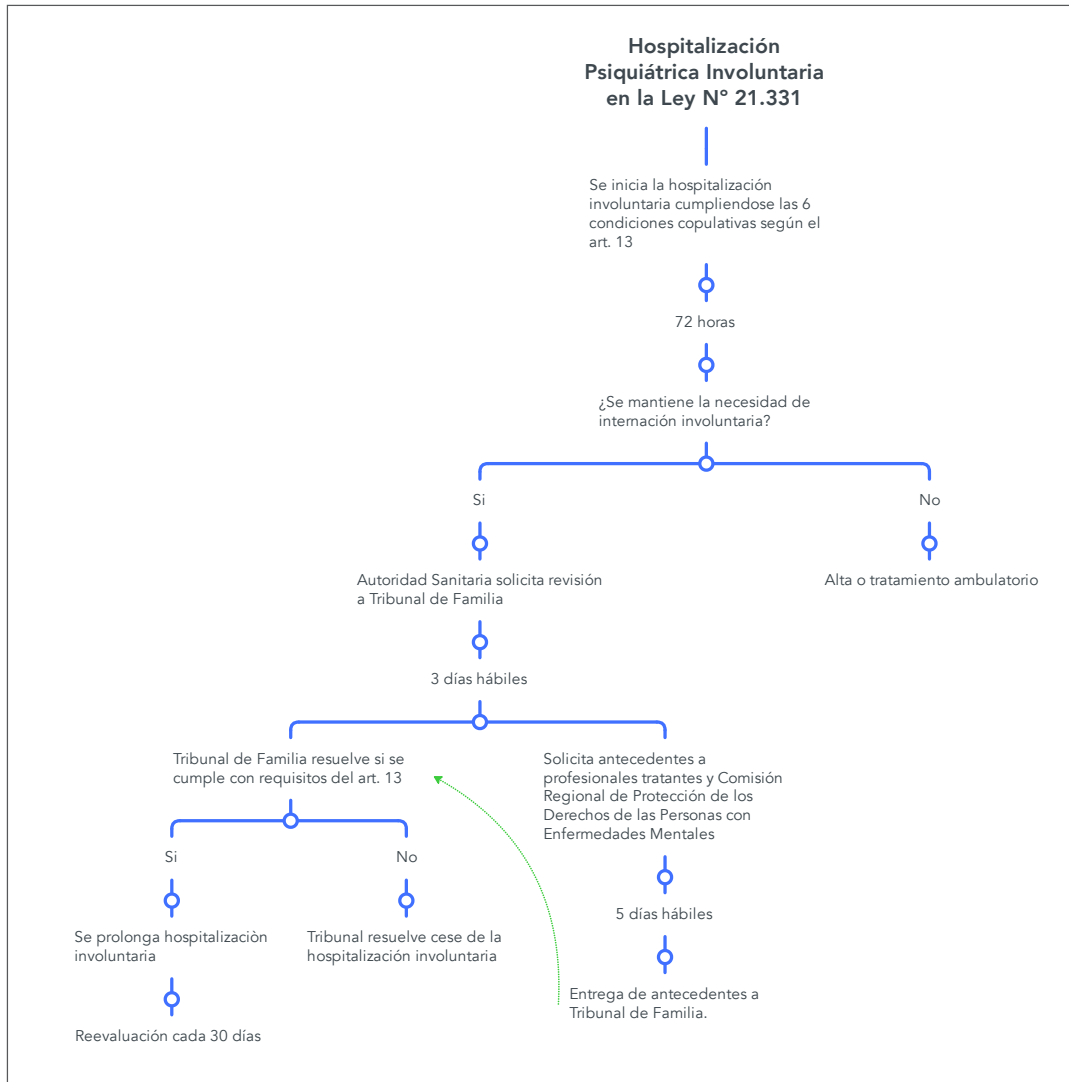


Figura 1. Flujograma de la Hospitalización Psiquiátrica Involuntaria bajo la Ley N° 21.331 en Chile.

condiciones del Decreto N.º 570, por consiguiente, la Ley N.º 23.331 prescribe mayores exigencias cuando se interna a un paciente psiquiátrico sin su consentimiento. Las cuatro primeras condiciones establecidas en la nueva ley se correlacionan o son comprensivas de lo establecido en el artículo 9 del decreto N.º 570; las restantes hacen referencias a temáticas establecidas en diferentes artículos del Decreto. Lo anterior, puede favorecer su aplicación en la medida que se ajustan a la práctica actual de la especialidad.

Desafíos que debe resolver la aplicación de la Ley N.º 23.331

En la historia de la Ley N.º 23.331, se observa que la intención del legislador ha sido mejorar el cumplimiento de normas de derechos humanos hacia personas con discapacidad intelectual²⁰. Chile ha contraído la obligación internacional de “asegurar y promover” el derecho de las personas con discapacidad “a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad”²¹⁻²³.

Tabla 1: Condiciones establecidas para la internación psiquiátrica y la hospitalización psiquiátricas involuntaria

Condiciones para la internación psiquiátrica en el Decreto N.º 570 de 1998, Ministerio de Salud	Condiciones para la hospitalización psiquiátrica involuntaria en la Ley N.º 21.331 de 2021
Para proceder a cualquier tipo de internación u hospitalización de una persona con enfermedad o trastorno mental, la medida deberá ser indicada por un médico cirujano, preferentemente que cumpla las condiciones de médico tratante que señala el artículo 6 número 7 y, sólo en el evento de no existir este último, en la localidad o que, habiéndolo, no sea posible su asistencia profesional, por otros médicos cirujanos. En este caso, la medida deberá ser evaluada y confirmada por un médico tratante o por el mismo, previamente asesorado por aquél, dentro de un plazo de 72 horas, de lo que se dejará constancia en la ficha clínica	Una prescripción que recomiende la hospitalización, suscrita por dos profesionales de distintas disciplinas, que cuenten con las competencias específicas requeridas, uno de los cuales siempre deberá ser un médico cirujano, de preferencia psiquiatra. Los profesionales no podrán tener con la persona una relación de parentesco ni interés de algún tipo
Necesidad de efectuar un diagnóstico o evaluación clínica que no pueda realizarse en forma ambulatoria	La inexistencia de una alternativa menos restrictiva y más eficaz para el tratamiento del paciente o la protección de terceros
Necesidad de incorporar a la persona a un plan de tratamiento que no sea posible de llevarse a cabo de manera eficaz en forma ambulatoria, atendida la situación de vida del sujeto	Un informe acerca de las acciones de salud implementadas previamente, si las hubiere
Que el estado o condición psíquica o conductual de la persona represente un riesgo de daño físico, psíquico o psicosocial inminente, para sí misma o para terceros	Que tenga una finalidad exclusivamente terapéutica
	Que se señale expresamente el plazo de la hospitalización involuntaria y el tratamiento a seguir. La hospitalización involuntaria deberá ser por el menor tiempo posible y de ningún modo indefinida, y deberá realizarse en unidades de hospitalización destinadas al tratamiento intensivo de personas con enfermedad mental. En el caso que no existan dichas unidades en el territorio correspondiente al domicilio del paciente, éste podrá ser derivado a otro establecimiento hospitalario de la red pública de salud, más cercano a su domicilio, que cuente con la disponibilidad para realizar el tratamiento intensivo, en conformidad con lo establecido en un reglamento emitido por el Ministerio de Salud
	Informar a la autoridad sanitaria competente y a algún pariente o representante de la persona, respecto de la hospitalización involuntaria, en la forma que el reglamento lo determine
Las condiciones prescritas en el artículo 9 del Decreto N.º 570 son no copulativas y deben constar en el registro clínico de acuerdo al artículo 16 del mismo, mientras que las condiciones prescritas en el artículo 13 son copulativas y deben constar en la ficha clínica	

Entre la solicitud de internación administrativa realizada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud y la emisión de la resolución, transcurre un tiempo en que el paciente se mantiene en una situación de riesgo hasta que se logra concretar su traslado al centro asistencial, lo que puede mantenerse en el nuevo escenario judicial. Si el plazo llegase a ser superior a lo prescrito en la ley, se

podría justificar un recurso de amparo (artículo 21 Constitución Política República de Chile) a todo evento y, si se decide en sede judicial que esta no es procedente según criterios clínicos, puede dar lugar a responsabilidad profesional del equipo médico, e incluso a la responsabilidad internacional del Estado.

Por otra parte, para resolver una internación

forzada en la Ley N.º 21.331 se puede extender hasta 11 días hábiles, situación que excede el tiempo máximo permitido en el Decreto 570 para la internación no voluntaria de urgencia (art. 13). Los Tribunales de Familia deben resolver dentro de tres días hábiles la solicitud inicial de internación (artículo 14), lo que genera una duda razonable respecto la viabilidad técnica de cumplimiento de la medida. Si este plazo se alarga *di facto* las personas quedarían en mayor vulnerabilidad.

En ambas situaciones mencionadas, el trabajo integrado a nivel intersectorial entre los equipos de salud locales y los correspondientes Tribunales de Familia podría contribuir a reducir el riesgo de incumplimiento de los plazos legales en vista de evitar vulneraciones de los derechos de los usuarios.

En Derechos Humanos, las Convenciones Interamericanas y Europeas son análogas en materia de protección de la libertad personal ante una detención arbitraria; ambas reconocen el derecho a que toda persona retenida sea trasladada a la presencia de un juez para ser juzgado o puesto en libertad en un plazo razonable (artículo 7º Convención Interamericana, artículo 5º Convención Europea). La Corte Europea ha resuelto al menos cuatro casos sobre internación forzada²⁴⁻²⁶ y la Corte Interamericana, ninguno. En Bulgaria, se responsabiliza al Estado por no tomar una decisión dentro de un plazo razonable²⁷. En Italia, se establecen equilibrios entre protección y coerción en relación con la contención y el aislamiento en psiquiatría²⁸. En España, se cuestionaron los plazos judiciales y los derechos procesales del paciente²⁹. Dado que en derecho “donde se aplica la misma razón se aplica la misma disposición”³⁰, se debe advertir la aplicación de los nuevos estándares.

La ley considera el derecho “de parte” de la persona hospitalizada involuntariamente o su representante legal a designar uno o más abogados. Sin embargo, no se contempla designar un *curador ad litem* como es propio de las causas civiles de interdicción por demencia y penales. La ausencia de esta figura es relevante, porque la voluntad del representante legal no necesariamente es coincidente con la de su representado³¹. Además, el derecho internacional exige “ajustes de procedimiento para el acceso a la justicia en igualdad de condiciones”, lo que significa apoyo en todos los procedimientos judiciales. Incluso mandata

a los Estados promover la capacitación adecuada de las personas que trabajan en la administración de justicia^{22,32}.

Administrativamente, queda pendiente definir quién sería la autoridad sanitaria que ejecutará la internación forzada y, sobre todo, determinar los pasos a seguir en el proceso de traslado al centro asistencial cuando ha sido decretada la internación, situación de las más delicadas porque en los hechos es una etapa donde el uso de violencia se ha convertido en lo habitual (artículo 16 Convención de Derechos Personas con Discapacidad, sobre Protección contra la explotación, la violencia y el abuso).

En otro aspecto a considerar, la Secretaría Regional Ministerial de Salud y la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales, son nominadas garantes de los derechos humanos y -habilitadas para recibir denuncias-, quedando vacíos respecto del procedimiento a seguir en caso de ser invocados (solo se asegura la confidencialidad del denunciante/informante) (artículo 19). En este sentido y porque la Secretaría Regional Ministerial de Salud tiene función de garante otorgada por el artículo 19, no parecería adecuado que cumpla la función de autoridad administrativa, porque serían funciones incompatibles.

Recomendaciones para los equipos sanitarios ante la implementación de la Ley

Dado que la legislación actual es más restrictiva que la precedente y, considerando proteger a los usuarios de eventuales vulneraciones, los equipos clínicos deberían agotar las instancias de tratamiento ambulatorio, limitando la internación a casos en que no exista una manera menos coercitiva de realizar tratamiento o reducir el riesgo.

Esto implica optimizar la derivación a dispositivos ambulatorios de la red de salud mental comunitaria, como Centros de Rehabilitación y Hospitales de Día, permitiendo el ingreso oportuno de pacientes con sintomatología aguda. Para ello, se debe garantizar el acceso a estos centros, cuyos tiempos de espera podrían exceder las necesidades del paciente en crisis, llevando a optar por la hospitalización.

Las brechas existentes limitan la capacidad de

acción de los equipos clínicos, por lo que el estado tiene el desafío de fortalecer las redes de salud mental comunitaria en los diversos Servicios de Salud del país. Lamentablemente la Ley N° 21.331 no tuvo un presupuesto asociado y este punto por consiguiente, no fue abordado.

También el fortalecimiento del trabajo integrado entre los equipos de atención primaria y de especialidad, favorecen la continuidad de cuidados del paciente a lo largo de la red de atención, lo que se relaciona con menor riesgo de descompensaciones y, por lo tanto, de eventuales internaciones. Estrategias como la derivación asistida y las consultorías de Salud Mental en el equipo de atención primaria son fundamentales en ello.

La integración y colaboración de los equipos de salud mental con otras especialidades puede ser una manera eficaz de disminuir la necesidad de medidas coercitivas. La presencia de duplas psicosociales en servicios de urgencia podría ser una estrategia que potenciar con vistas a prevenir vulneraciones de derechos y colaborar con aspectos administrativos, además de realizar primera ayuda psicológica, intervención en crisis, evaluación de riesgo psicosocial, etc.

Otro punto por resolver es la formación del capital humano. La determinación de las competencias requeridas para los equipos clínicos que llevarán a cabo la internación, que deberán ser definidas por el reglamento, especialmente las referidas a “distintas disciplinas” (artículo 13, N°1 Ley N.° 21.331). Asimismo, será fundamental compatibilizar la resolución judicial con el criterio clínico, y para ello se requiere la formación interdisciplinaria de los equipos, conforme criterios internacionales³³. La participación activa de los equipos de salud mental en estas instancias, puede ser un aporte relevante para lograr un adecuado funcionamiento intersectorial en la aplicación de la Ley.

Estas consideraciones, dejan entrever que el trabajo del Ministerio de Salud en la elaboración del próximo Reglamento tendrá múltiples desafíos. La legislación nacional debe orientar políticas de desinstitucionalización, que incluyan planes de acción con plazos claros y parámetros éticos concretos³⁴. La elaboración de estos planes debe integrar activamente a las personas con discapacidad intelectual y las organizaciones que las representan. Sería deseable que los equipos de salud

sean actores clave que promuevan la participación de los usuarios y organizaciones comunitarias en la toma de decisiones.

Referencias

1. Mahomed F, Stein MA, Patel V. Involuntary mental health treatment in the era of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *PLoS Med* [Internet]. 2018 Oct 18 [cited 2022 Jun 29]; 15(10): e1002679. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1002679>
2. Cioffi A, Zaami S. Italian Law no. 219/2017: consequences on the informed consent of the psychiatric patient and on the therapeutic privilege. *Riv Psichiatr.* 2020; 55(2): 129-30.
3. Rodrigues M, Herrmann H, Galdersi S, Allan J. Implementing Alternatives to Coercion: A Key Component of Improving Mental Health Care. 2020; 2020 Oct.
4. Restrepo BD, Cardenio C, Duque GM, Jaramillo S. Del principio de beneficencia al principio de autonomía: aproximación a la evaluación de la competencia mental de los pacientes en el hospital general. *Rev Colomb Psiquiat.* 2012; 41(2): 395-407.
5. Caputo A. Verso il superamento dell' Ospedale Psichiatrico Giudiziario: l'umanizzazione del trattamento degli infermi di mente socialmente pericolosi. *Medicina e Morale.* 2015; 3: 417-48.
6. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Ximenes Lopes VS. Brasil, Resumen Oficial Emitido Por La Corte Interamericana De La Sentencia De 4 de julio de 2006, (Fondo, Reparaciones Y Costas). http://www.corteidh.or.cr/docs/resumen/ximenes_lopes.pdf Mar 5, 2005.
7. UNESCO. Convención universal sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2006.
8. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: Observación general No 1 (2014). 2014.
9. Raveesh B, Lepping P. Restraint guidelines for mental health services in India. Vol. 61, *Indian Journal of Psychiatry*. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2019. p. S698-705.
10. Wickremsinhe MN. Emergency involuntary treatment law for people with mental disorders: A comparative analysis of legislation in LMICs. *Int J Law Psychiatry.* 2018 Jan 1; 56: 1-9.
11. Gías Gil B. Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. *Rev Bioet Derecho.* 2013 Sep;(29): 109-21.

12. Bustamante Donoso JA, Cavieres Fernández A. Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos Involuntary psychiatric hospital admissions [Internet]. Vol. 146, Artículo EspEciAl Rev Med Chile. 2018. Available from: <https://www.scielo>.
13. Negroni AA. Elementi per una critica bioetica e biogiuridica della psichiatria coercitiva [Internet]. 1st ed. Tortona: Vicolo del Pavone Edizioni; 2020. 58-81 p. Available from: www.vicolodelpavone.it
14. Ministerio de Higiene AP y Trabajo. Decreto No. 68. Reglamento para los servicios de salubridad mental. [Internet]. Vol. 68, Decreto. 1927 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://bcn.cl/34lh7>
15. Ministerio de Salud. Decreto N.º 570. Aprueba reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. [Internet]. Jul 14, 2000. Available from: <https://bcn.cl/2ix4f>
16. Ley 21.331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental [Internet]. May 11, 2021. Available from: <http://bcn.cl/2p863>
17. Consejo de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Derechos de las personas con discapacidad. Informe de la Relatora especial sobre los derechos de las personas con discapacidad; WPA Position Statement and Call to Action: Implementing Alternatives to Coercion: A Key Component of Improving Mental Health Care; 40o periodo de sesiones; 25 de febrero a 22 de marzo de 2019. [Internet]. A/HRC/40/54, A/HRC/40/54 Jan 11, 2019. Available from: www.ohchr.org/en/issues/disability/srdisabilities/pages/reports.aspx.
18. Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad. Observación General No 5; sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad. CRPD/C/GC/5 Oct 27, 2017.
19. Sugiura K, Pertega E, Holmberg C. Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. Vol. 73, International Journal of Law and Psychiatry. Elsevier Ltd; 2020.
20. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Historia de la Ley No 21.331. Del Reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. [Internet]. Available from: www.bcn.cl/historia-delaley-documentogeneradoel11-Mayo-2021
21. Resúmenes diarios de la discusión en la séptima sesión del Comité Especial sobre una Convención Internacional Amplia e Integral sobre la Protección y Promoción de los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad. Jan 19, 2006.
22. Consejo de Derechos Humanos. Derechos de las personas con discapacidad. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. 40 Periodo de Sesiones, A/HRC/40/54 Mar 22, 2019.
23. Visita a Noruega Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad* ** Resumen Annex Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities on her visit to Norway [Internet]. Available from: www.ssb.no/en/sosiale-forhold-og-kriminalitet/statistikker/fattigdom.
24. Second Section Case of D.D. v. Lithuania. 2012.
25. Corte Europea de Derechos Humanos. Fourth Section Case of Kedzior v. Poland. 2012.
26. Fourth Section Case of Mihailovs v. Latvia. 2013.
27. Zaami S, Rinaldi R, Bersani G, Marinelli E. Restraints and seclusion in psychiatry: striking a balance between protection and coercion. Critical overview of international regulations and rulings Contenzione e isolamento in psichiatria: stabilire un equilibrio tra protezione e coercizione. Panoramica critica di regolamentazioni e sentenze internazionali.
28. Martínez Ferreti JM. Estigma, legislación y locura. In: Mendoza Gaitán E, Onofrio GB, editors. Estigma en Psiquiatría Perspectivas y Nudos Problemáticos. APAL Ediciones. Buenos Aires: Grupo Delema; 2018. p. 1-134.
29. Barrios Flores LF. El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2012; 32(116): 829-47.
30. Talamanca M. Istituzioni di diritto romano. Milano: Casa Editrice Giuffrè Editori; 2015. 52-52 p.
31. Arenas Massa A, Slachevsky chonchol A. ¿Sé y puedo? Toma de decisión y consentimiento informado en los trastornos demenciales: dilemas diagnósticos y jurídicos en Chile. Rev Med Chile 2017; 145(10): 1312-8.
32. Jobling H. The legal oversight of community treatment orders: A qualitative analysis of tribunal decision-making. Int J Law Psychiatry. 2019 Jan 1; 62: 95-103.
33. García Ramírez S, Abreu Burelli A, Jackman O, Cançado Trindade AA, Ventura Robles ME, García-Sayán D, et al. Corte Interamericana de Derechos Humanos CasoGutiérrez Soler vs. Colombia Sentencia de 12 de Septiembre de 2005.
34. Ibiapina EV, Paz FI, Parente AM v., Castro UR de, Silva DOF da. Bioética principialista e internação compulsória: tensionamentos entre autonomia e vulnerabilidade. Revista Psicologia e Saúde. 2016 Dec 1.