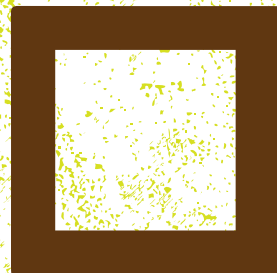
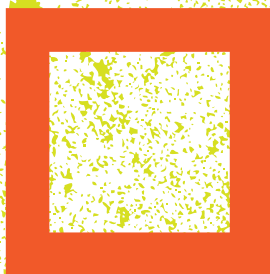
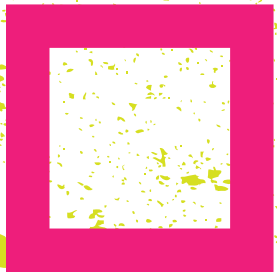


INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2018



CENTRO DE DERECHOS
HUMANOS **udp**
FACULTAD DE DERECHO

Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales;
Tomás Vial Solar (editor general) / Informe anual sobre Derechos Humanos en Chile
2018

Santiago de Chile: la universidad: Centro de Derechos Humanos, Facultad de
Derecho de la universidad, 2018, 1ª edición, p. 592, 15 x 23 cm.

Dewey: 341.4810983

Cutter: In38

Colección Derecho

Incluye presentación de los Dres. Tomás Vial Solar y Lidia Casas
directora del Centro de Derechos Humanos de la universidad, notas al pie de página
y biografías de los autores del informe 2018.

Materias:

- Chile. Derechos Humanos.
- Justicia y verdad. Chile.
- Derecho de las mujeres. Chile.
- Derechos de los pueblos indígenas. Chile.
- Derecho a la información y libertad de expresión. Chile.
- Equidad de género. Educación. Chile.
- Derechos laborales. Chile.
- Violencia contra la mujer. Chile.
- Personas con discapacidad mental. Chile.
- Privados de libertad. Chile.
- Empresas, aspectos sociales.
- Derechos del niño. Chile.
- Derecho de las personas LGTBI. Chile.
- Inmigrantes, situación jurídica.

INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2018

©VV.AA.

©Ediciones Universidad Diego Portales, 2018

Primera edición: noviembre de 2018

Inscripción nº 297.868 en el Departamento de Derechos Intelectuales

Universidad Diego Portales

Facultad de Derecho

Av. República 105

Teléfono (56-22) 676 2601

Santiago de Chile

www.derecho.udp.cl

Editor general: Tomás Vial

Edición: Vicente Parrini

Diseño: Mg Estudio

Impreso en Chile por Salesianos Impresores S.A.



Licencia Creative Commons: Reconocimiento – No comercial – Compartir igual: Los artículos de este libro se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons. Pueden ser reproducidos, distribuidos y exhibidos bajo la condición de reconocer a los autores / las autoras y mantener esta licencia para las obras derivadas.

Las opiniones, análisis, conclusiones o recomendaciones expresadas en los artículos corresponden a las y los autores.

**PROTECCIÓN DE LOS
DERECHOS DE LAS PERSONAS
CON DISCAPACIDAD MENTAL:
EVALUACIÓN DE LAS COMISIONES
CREADAS POR LA LEY 20.584
SOBRE DERECHOS Y DEBERES
DE LOS PACIENTES¹**

1 Capítulo elaborado por Sebastián del Pino Rubio con la colaboración del alumno de la Facultad de Derecho UDP, Alonzo Ramírez Guerra.

SÍNTESIS

En este capítulo se abordará el modo en que el Estado cumple con las obligaciones que ha adquirido para prevenir la tortura que podría afectar a las personas con discapacidad mental o psicosocial en contextos de atenciones psiquiátricas. Para ello, se analizará especialmente la ejecución de las funciones que la Ley 20.584, socialmente designada “sobre derechos y deberes de los pacientes”, atribuye a la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y las comisiones regionales de protección.

PALABRAS CLAVES: discapacidad mental, discapacidad psicosocial, prevención de la tortura, derechos y deberes de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del desarrollo de la vida, todas las personas necesitamos un ambiente que favorezca nuestra salud mental y bienestar. Desde este punto de vista, es alta la potencialidad de, en algún momento de nuestra existencia, ser usuario o usuaria de dispositivos de atención psiquiátrica. Ciertas personas, que podrían presentar episodios de sufrimiento emocional o psíquico, necesitarán de apoyos y servicios más intensos para mantener un adecuado nivel de salud. En el caso de las personas con discapacidad mental, a lo largo de su vida se verán enfrentadas a múltiples barreras (explicadas por la percepción de su entorno de deficiencias reales o supuestas), lo que provocará que con mayor persistencia sean sometidas a violaciones de sus derechos humanos en centros de atención psiquiátrica.²

“Las cuestiones olvidadas generan personas olvidadas”, ha manifestado el relator especial de la Organización de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, a propósito de los bajos niveles de presupuesto que mundialmente se dedican a la salud mental y que generan una provisión de servicios deficiente.³ El caso chileno no es distinto dado que el financiamiento de la salud mental no ha aumentado conforme a los objetivos que las autoridades sanitarias han planteado, como son promover un modelo de atención comunitario y la prevención de diagnósticos mentales.⁴ Además del déficit presupuestario, también debe considerarse que en Chile no existe una ley de salud mental, que permita articular un sistema de atención integrado entre prestadores públicos y privados, sin discriminación y conforme a las obligaciones de derechos humanos adquiridas por el Estado en esta materia.⁵

2 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Informe del relator*, 28 de marzo de 2017, párr. 4.

3 *Ibid.*, párr. 7.

4 Paula Errázuriz, Camila Valdés, Paula Vöhringer y Esteban Calvo, “Financiamiento de la salud pública en Chile: una deuda pendiente”, *Revista médica de Chile*, 143, pp. 1179-1186.

5 Se discute actualmente en el Senado (segundo trámite constitucional) un proyecto de ley sobre salud mental (boletines 10.563-11 y 10.755-11, refundidos). A la fecha de cierre de la redacción de este capítulo (3 de septiembre de 2018), el último hito en la tramitación de este proyecto data del 17 de agosto de 2018.

La situación de olvido que afecta en general a la salud mental, se torna más compleja y profunda cuando se trata de personas con discapacidad. En 2017, el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) presentó un estudio sobre las condiciones de vida en unidades psiquiátricas de larga estadía, en el cual se ven graficados los elementos mencionados en el párrafo anterior: modalidades de atención psiquiátrica que no se ajustan a las características del modelo comunitario; segregación de personas y espacios, cuestión que en sí misma importa incumplimiento de las obligaciones y estándares suscritos por el Estado; maltrato, abuso y escasa implementación de medidas de prevención, investigación y sanción efectiva de estas prácticas.⁶ Estos aspectos – que no se ajustan al paradigma o modelo social de la discapacidad, promovido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁷ (CRPD, por sus siglas en inglés) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el cual debería imperar en la formulación de cualquier normativa o política pública dirigida hacia este grupo de especial atención– responden más bien a concepciones que deberían estar superadas.⁸

Puesto que coexisten prácticas contrarias al paradigma social que afectan a las personas con discapacidad y que, además, se han mantenido en el tiempo deficiencias estructurales de envergadura que dificultan el acceso a las atenciones de salud mental, es necesario que el Estado adopte mecanismos para prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos en contextos de atención psiquiátrica.

6 Instituto Nacional de Derechos Humanos, *Informe anual sobre la situación de los derechos humanos en Chile*, 2018, pp. 90-111.

7 Promulgada por el Decreto 201 del Ministerio de Relaciones Exteriores, publicado en el Diario Oficial el 17 de septiembre de 2008.

8 El modelo social de la discapacidad se basa en la profunda convicción de que dicha discapacidad se explica menos por la deficiencia física, sensorial, psicosocial o intelectual de la persona que por las barreras del entorno que impiden su real inclusión social. Este modelo se estructura sobre dos principios fundamentales: el primero de ellos es que la discapacidad es una cuestión dinámica, cuya profundidad dependerá de la remoción de las barreras (arquitectónicas, procedimentales, informáticas, etcétera); el segundo principio guarda relación con el hecho de que la diversidad tributada por las personas con discapacidad es una virtud social. El modelo social de la discapacidad es una respuesta a enfoques anteriores, como el asistencialista o caritativo, el cual no reconocía a las personas con discapacidad como sujetos de derechos; o el médico que, a diferencia de lo que plantea el enfoque social, situaba a la discapacidad netamente en la persona y su deficiencia, sin considerar factores ambientales.

1. OBLIGACIONES INTERNACIONALES Y ESTÁNDARES DE CUMPLIMIENTO RESPECTO A LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL⁹

En primer término, cualquier persona que reciba atención médica puede ser afectada en sus derechos; sin embargo, en el ámbito de la psiquiatría esta latencia (o al menos, posibilidad) parece presentarse con mayor intensidad debido a las condiciones históricas bajo las cuales se ha formulado tal disciplina: desarrollo y aplicación de tratamientos sin las bases científicas necesarias, prescindencia de la voluntad de la persona tratada, establecimiento de espacios destinados exclusivamente para la *locura* (asilos, manicomios). En segundo término, cualquier persona que se enfrenta al sistema psiquiátrico puede ser afectada de un modo u otro, pero las personas con discapacidad mental están más expuestas a este riesgo. Si a este cuadro sumamos el abandono por parte de sus familias y el olvido social, confluyen en estas personas –sobre todo cuando viven en contextos de encierro institucional– condiciones particulares que facilitan los abusos y el atropello a la dignidad humana y que, por lo tanto, reclaman al Estado estándares más altos para asegurar su protección.

Esta situación ha sido abordada por el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General N° 9 titulada *Los derechos de los niños con discapacidad*, del 27 de febrero de 2007. A propósito de la prohibición de la violencia, los descuidos y el abuso, este Comité planteó que:

Los niños con discapacidad son más vulnerables a todos los tipos de abuso, sea mental, físico o sexual en todos los entornos, incluidos la familia, las escuelas, las instituciones privadas y públicas [...]. Su vulnerabilidad particular se puede explicar, entre otras cosas, por las siguientes razones principales: b) Vivir aislados de los padres, de los hermanos, de la familia ampliada y de los amigos aumenta la probabilidad de los abusos (párrafo 42).

Las condiciones advertidas por el Comité de los Derechos del Niño se mantienen en la vida adulta de las personas con discapacidad mental, especialmente cuando viven institucionalizadas. Quinn y DeGENER han precisado que la tortura y los tratos inhumanos o degradantes constituyen un riesgo serio dentro de las dinámicas que se establecen en los centros hospitalarios donde residen y son tratadas las personas con discapacidad mental:

9 Para efectos de esta investigación, las voces “obligación” y “estándar” no se consideran en una condición dicotómica entre instrumentos de carácter vinculante y aquellos que carecen de tal condición (*hard law/soft law*, como ha venido a indicar parte de la doctrina iuspublicista).

El derecho a no ser sometido a torturas y tratos inhumanos o degradantes también puede ser violado cuando una persona con discapacidad es internada en una institución [...] Las prácticas de atención y tratamiento en instituciones pueden estar muy lejos de las normas mínimas necesarias para respetar el valor de la dignidad humana y la autonomía. En otras épocas, los derechos de esos grupos marginados y olvidados no han sido defendidos ni desde fuera del sistema (por las ONG) ni desde dentro, aunque se ha observado un cambio palpable en los últimos tiempos.¹⁰

La mayor vulnerabilidad de las personas con discapacidad mental también ha sido reconocida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), en los siguientes términos:

Debido a su condición psíquica y emocional, las personas que padecen de discapacidad mental son particularmente vulnerables a cualquier tratamiento de salud, y dicha vulnerabilidad se ve incrementada cuando las personas con discapacidad mental ingresan a instituciones de tratamiento psiquiátrico. Esa vulnerabilidad aumentada, se da en razón del desequilibrio de poder existente entre los pacientes y el personal médico responsable por su tratamiento, y por el alto grado de intimidad que caracterizan los tratamientos de las enfermedades psiquiátricas.¹¹

El relator especial sobre la tortura ha manifestado que mientras, originalmente, esta práctica fue prohibida en contextos como el interrogatorio, castigos o intimidación de detenidos, la comunidad internacional ha reconocido que también puede ocurrir en otros contextos.¹² La Asociación para la Prevención de la Tortura (APT), siguiendo la doctrina del relator especial recién citada, ha manifestado que las instituciones psiquiátricas están consideradas entre los entornos donde las personas se encuentran en mayor riesgo de sufrir abusos, los que podrían equivaler a tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (*ill-treatment*).¹³

- 10 Gerard Quinn y Theresa Degener, *Derechos Humanos y Discapacidad*, Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas, 2006, p. 28. En la *Propuesta de Plan Nacional sobre inclusión social de personas en situación de discapacidad* (2016), se consignó un diagnóstico similar al de Quinn y Degener: "La generalidad de las personas con discapacidad, debido a la falta de apoyo o asistencia personal, debe necesariamente vivir bajo el cuidado de sus familias o en una institución pública. El Estado no proporciona una red de apoyo, que permita a la persona con discapacidad tener mayor autonomía. Esta ausencia de apoyos profundiza la situación de dependencia, y dicha dinámica suele carecer de regulación o control. Por tanto, facilita los abusos, y violaciones, no pudiendo ser éstas investigadas por la falta de acceso a la justicia" (p. 63).
- 11 Corte IDH, *Ximenes Lopes versus Brasil*, 4 de julio de 2006, párr. 129.
- 12 Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, *Informe del Relator*, 1 de febrero de 2013, párr. 15.
- 13 Association for the Prevention of Torture, *Jean-Jacques Gautier, NPM Symposium Monitoring Psychiatric Institutions*, 2016, p. 9.

La prohibición absoluta de la tortura ha sido establecida específicamente en la Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (ONU, 1975), la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes¹⁴ (ONU, 1984; CAT, en adelante) y la Convención interamericana para prevenir y sancionar la tortura¹⁵ (OEA, 1985; CIPST, en adelante),¹⁶ todas ratificadas por Chile. Como ha sido planteado por Salado Osuna:

Los malos tratos (la tortura y las penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes) están prohibidos en el Derecho Internacional contemporáneo con carácter absoluto en el sentido de que no pueden ser objeto de derogación, ni siquiera en caso de peligro público que amenace la vida de la nación. De ahí que en la actualidad tales prohibiciones tengan una doble dimensión normativa: norma del Derecho Internacional general (obliga a todos los Estados al margen de cualquier vínculo convencional) y norma convencional (obliga a todos los Estados que están vinculados con el tratado de derechos humanos que contenga la prohibición). Sin embargo, sólo la tortura en tanto norma del Derecho Internacional general ha alcanzado la categoría de *ius cogens* (imperativa y perentoria).¹⁷

En tanto norma de *ius cogens*, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 53 de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados, la prohibición de la tortura es una norma imperativa de derecho internacional general, establecida por la comunidad internacional de Estados en su conjunto. Esta clase de normas –dada su entidad– no puede ser derogada, salvo por otra del mismo rango, y cualquier tratado contrario a una norma de *ius cogens* es nulo.

La proscripción absoluta de la tortura, en tanto norma internacional imperativa, alcanza un desarrollo específico mediante los instrumentos convencionales que la han tratado particularmente. En ambas Convenciones –CAT y CIPST– se considera que la tortura es una figura agravada de la violación del derecho a la integridad y en la escala

14 Promulgada por el Decreto 808 del Ministerio de Relaciones Exteriores, publicado en el Diario Oficial el 26 de noviembre de 1988.

15 Promulgada por el Decreto 809 del Ministerio de Relaciones Exteriores, publicado en el Diario Oficial el 26 de noviembre de 1988.

16 Liliána Galdámez, "La noción de tortura en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos", *Revista CEJIL Debates sobre Derechos Humanos y el Sistema Interamericano*, Año 1, N° 2, septiembre de 2006, p. 90.

17 Ana Salado Osuna, "La tortura y los otros tratos prohibidos por el Convenio (art. 3 CEDH)", en Roca García y Pablo Santolaya, coordinadores, *La Europa de los Derechos. El Convenio Europeo de Derechos Humanos*, Madrid, Editorial del Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2005, p. 97.

inmediatamente inferior se sitúan los otros tratos prohibidos. La definición de la tortura, aunque con diferencias, está determinada por ciertos elementos: i) sujeto activo calificado, ii) elemento teleológico, iii) intención en el sujeto activo y iv) un resultado.¹⁸ Sin embargo, los instrumentos citados presentan diferencias sobre la estimación de estos diversos elementos. En el siguiente cuadro, se sintetizan tales matices entre las Convenciones coexistentes:

Tabla 1. Diferencias en la regulación contra la tortura en la CAT y la CIPST

Elemento	CAT	CIPST
Sujeto activo	Los actos constitutivos de tortura y otros tratos deben ser ejecutados por agentes del Estado u otras personas a instigación suya; otras personas que actúan en servicio de funciones públicas o con el consentimiento o aquiescencia de un agente del Estado.	Se contempla la actuación de funcionarios públicos que actuando en ese carácter cometan directamente actos constitutivos de tortura u otros tratos; u ordenen, instiguen o induzcan su comisión. También habrá responsabilidad del Estado cuando un funcionario no impida la tortura pudiendo hacerlo.
Elemento teleológico	La tortura debe perseguir una finalidad: -Para conseguir información. -Como medio de castigo. -Como medio para coaccionar o intimidar. -Por razón de discriminación.	La regulación de este aspecto también es más amplia. Las finalidades en este caso son: -Medio de investigación criminal. -Castigo. -Medida preventiva. -Pena. -Para anular la personalidad de la víctima. -Para disminuir su capacidad física o mental. -Cualquier otra finalidad.
Resultado	Mediante la tortura se producen dolores o sufrimientos graves ya sean físicos o mentales.	Se busca que la tortura produzca penas o sufrimientos físicos o mentales (no se exige gravedad).
Intención	Este es un elemento común a ambas Convenciones: debe haber voluntad o ánimo del sujeto activo de torturar o causar dolor.	

Las diferencias advertidas en el cuadro anterior entre ambas Convenciones no implican que sean incompatibles, sino complementarias entre sí. Esta aseveración se sustenta en dos fundamentos, uno de carácter convencional y otro dado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos –Corte IDH– en tanto órgano de control:

18 Liliana Galdámez, "La noción de tortura en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos", op.cit., p. 90.

- El artículo 1.2 de la CAT, luego de haberse definido qué se entenderá por tortura, agrega: “El presente artículo se entenderá sin perjuicio de cualquier instrumento internacional o legislación nacional que contenga o pueda contener disposiciones de mayor alcance”. Esto significa que aun cuando la definición de tortura entregada por la CAT es restrictiva, mediante la disposición citada abre la posibilidad de preferir otras regulaciones contra la tortura de mayor alcance, tal como la CIPST.
- En la sentencia del *caso Maritza Urrutia versus Guatemala*, el juez Cançado Trindade en voto concurrente (párrafo 2), manifestó que las distintas convenciones coexistentes de combate a la tortura –la de la ONU de 1984 (CAT), de la OEA de 1985 (CIPST), e incluso la europea de 1987– más que compatibles, son complementarias.

Entre los marcos regulatorios internacionales relacionados con la prohibición absoluta de la tortura, el maltrato y el abuso, también se encuentra la CRPD. Este tratado establece protección especializada contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (artículo 15); protección contra la explotación, la violencia y el abuso (artículo 16); y una protección reforzada de la integridad física y psíquica (artículo 17):

Artículo 15 Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.
2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 16 Protección contra la explotación, la violencia y el abuso

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.
2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las

personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.

3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

Artículo 17 Protección de la integridad personal

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

Los tres artículos transcritos conforman un cuerpo mínimo que protege diversos bienes jurídicos de las personas con discapacidad, tales como la dignidad y la integridad física y psíquica. Específicamente, en el artículo 15.1 primera parte, se establece una protección abstracta de la tortura, sin que se entregue una definición de la misma. En la segunda parte de este artículo, se recoge una especial forma de tortura que puede afectar a las personas con discapacidad en términos amplios que, sin embargo, podría ser prevalente en el caso de las personas con discapacidad mental que viven institucionalizadas: el mero sometimiento a experimentos médicos o científicos, sin el consentimiento de la persona, es constitutivo de tortura.

A pesar de que el artículo 15.1. de la CRPD no entrega un concepto de tortura, ha sido la jurisprudencia del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité CRPD, en adelante) el que – al decidir sobre comunicaciones individuales, en ejercicio de las competencias que le entrega el Protocolo Facultativo de la CRPD– ha

entendido el concepto de tortura de acuerdo a lo dispuesto en la CAT. En el dictamen de la comunicación individual N° 22/2014, del 31 agosto de 2017, el Comité CRPD ha establecido:¹⁹

- Una definición del concepto de tortura conforme al artículo 1° CAT (párrafo 8.5)
- La obligación de sancionar los actos de tortura y los otros tratos, ya sea que fueran cometidos por agentes estatales o particulares, en conformidad a la Observación General N° 20 del Comité de Derechos Humanos (párrafo 8.6).
- La omisión de persecución de los hechos de tortura y otros tratos debe entenderse como una causa de revictimización y es constitutiva de tortura psicológica y malos tratos (párrafo 8.6).
- Lo dispuesto en el artículo 17 de la CRPD relativo a la protección de la integridad física y mental, incluye la prohibición de la tortura física y mental, los tratos y castigos inhumanos y degradantes, así como una amplia gama de formas menos graves de interferencia con el cuerpo y la mente de una persona (párrafo 8.7).

En el dictamen de la comunicación individual N° 8/2012, del 18 de junio de 2014, el Comité CRPD ha establecido:²⁰

- Una infraestructura inadecuada para personas con discapacidad y las precarias condiciones de cuidado sanitario constituyen un atropello a la dignidad y un trato inhumano (párrafo 8.4), que viola el contenido del artículo 17 de la CRPD (párrafo 8.6), por tanto, puede configurarse un trato contrario al artículo 15.2 de la CRPD (párrafo 8.7).
- Las personas con discapacidad tienen derecho, conforme al artículo 25 de la CRPD, a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación, lo que incluye la rehabilitación. Además, conforme al artículo 26 de la CRPD, el Estado debe adoptar las medidas necesarias para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, y participar en la sociedad. Estas disposiciones, al ser leídas de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 14.2 de la CRPD, indican que los Estados están en una posición de

19 Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Communication No. 22/2014, Views adopted by the Committee at its eighteenth session, 2017.*

20 Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Communication No. 8/2012, Views adopted by the Committee at its eleventh session, 2014.*

garante cuando las personas con discapacidad están privadas de libertad, pues están sometidas a un fuerte control y dominio (párrafo 8.9).

- En este contexto, cobra particular relevancia la obligación adquirida por el Estado, en virtud del artículo 15. 2 de la CRPD, en orden a adoptar todas las medidas necesarias, ya sean legislativas, judiciales o administrativas, para evitar que las personas con discapacidad sean sometidas a torturas u otros tratos de similar naturaleza.

El artículo 15.2 de la CRPD, junto a los dictámenes del Comité CRPD previamente citados, ponen de manifiesto que la sola prohibición de la tortura y otros tratos de similar naturaleza, no basta para mantener la indemnidad de los bienes jurídicos que esta disposición entraña, sino que, además, el Estado debe establecer las medidas necesarias para evitar que las personas con discapacidad sean sometidas a prácticas constitutivas de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Conjuntamente a la obligación formulada en el artículo 15.2, el artículo 16.3 de la CRPD manifiesta que, a fin de impedir casos de explotación, violencia y abuso, el Estado debe asegurar que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.

Tal como lo ha expresado el relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, la mayor exposición de las personas con discapacidad a la tortura, maltrato, violencia y abuso, evidencian la necesidad de establecer mecanismos de rendición de cuentas, los cuales brindan a las personas “la oportunidad de comprender la manera en que los garantes de derechos han cumplido sus obligaciones y de exigir reparación en caso de que se hayan vulnerado” sus prerrogativas.²¹ Se ha planteado que los mecanismos de rendición de cuentas dependen, al menos, de tres elementos: a) la vigilancia; b) los exámenes independientes y no dependientes, así como los mecanismos de responsabilidad social; y c) las vías de recurso y reparación.²²

En aras de establecer mecanismos de rendición de cuentas que monitoreen el cumplimiento de la prohibición absoluta de la tortura y otros tratos de similar naturaleza en contra de personas con discapacidad, el Comité CRPD, en 2016, en el contexto del primer

21 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Informe del Relator*, 28 de marzo de 2017, párr. 51.

22 *Ibíd.*

examen del Estado de Chile sobre el cumplimiento del tratado que supervigila, recomendó que “se revise el mandato de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y se asegure que la Comisión ejerza funciones de prevención y protección de tales derechos, en línea con la Convención”,²³ a fin de que las conductas contrarias al artículo 15 de la CRPD –como psicocirugías, tratamientos electroconvulsivos, aislamientos prolongados en celdas sin calefacción ni servicios básicos, contenciones físicas y otros tratamientos considerados crueles, inhumanos o degradantes, con el único propósito de “disciplinar” o “corregir conductas desviadas”, a personas con discapacidad psico-social– sean adecuadamente investigadas y se puedan establecer las responsabilidades administrativas y penales correspondientes. Además, el Comité CRPD recomendó al Estado:

La creación del mecanismo nacional para la prevención de la tortura en cumplimiento de la ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, y que dentro de su mandato se contemple la supervisión por visitas a los centros psiquiátricos y albergues de larga estadía de personas con discapacidad. Mientras se crea tal mecanismo, el Comité urge al Estado parte a realizar visitas de supervisión a dichos centros de privación de libertad por parte de autoridades independientes, tales como jueces o el Instituto Nacional de Derechos Humanos.

De acuerdo a lo manifestado por el Subcomité para la Prevención de la Tortura, este organismo está mandatado para “visitar los lugares donde se encuentran personas privadas de libertad, lo que incluye instalaciones que prestan servicios de atención de la salud”;²⁴ interpretación que es seguida por la Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) al considerar que las instituciones psiquiátricas deben ser entendidas como lugares de privación de libertad, conforme a lo dispuesto en el artículo 4º del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura, instrumento internacional adoptado el año 2002, cuyo propósito particular es prevenir la tortura mediante el establecimiento de un sistema de visitas regulares a sitios de detención.²⁵

23 Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, *Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile*, 2016, párr. 34.

24 Subcomité para la Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, *Enfoque respecto de los derechos de las personas institucionalizadas y bajo tratamiento médico sin consentimiento informado*, 2016, párr. 2.

25 Association for the Prevention of Torture, *Jean-Jacques Gautier. Op. cit.*, p. 5.

A pesar de que el sistema interamericano fue pionero en la adopción de un instrumento vinculante sobre los derechos de las personas con discapacidad, la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad²⁶ (1999), no incluye una prohibición específica de la tortura y otros tratos de similar naturaleza. No obstante, la Corte IDH ha desarrollado importantes estándares de protección al respecto en su sentencia del *caso Ximenes Lopes versus Brasil*, del 4 de julio de 2006, a partir de los artículos 1 (obligación de respetar los derechos), 4 (derechos a la vida), 5 (derecho a la integridad personal), 8 (garantías judiciales) y 25 (protección judicial) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH). En este sentido, los principales estándares desarrollados por la Corte IDH son:

- Párrafo 138. Con la finalidad de determinar las obligaciones del Estado en relación con las personas que padecen de una discapacidad mental, la Corte estimó necesario tomar en cuenta, en primer lugar, la posición especial de garante que asume el Estado con respecto a personas que se encuentran bajo su custodia o cuidado, a quienes el Estado tiene la obligación positiva de proveer las condiciones necesarias para desarrollar una vida digna.
- Párrafo 141. La Corte estableció que el deber de los Estados de regular y fiscalizar las instituciones que prestan servicios de salud, como medida necesaria para la debida protección de la vida e integridad de las personas bajo su jurisdicción, abarca tanto a las entidades públicas y privadas.
- Párrafos 145 y 189. En virtud de la debida diligencia, el Estado tiene el deber de regular la atención de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción e iniciar inmediatamente las investigaciones de los hechos irregulares que se produzcan en su contexto.

26 Promulgada por el Decreto 99 del Ministerio de Relaciones Exteriores, publicado en el Diario Oficial el 20 de junio de 2002.

Tabla 2. Síntesis de obligaciones y estándares relacionados con el establecimiento de medidas para prevenir, detectar, investigar, juzgar y sancionar la tortura y otras conductas contra personas con discapacidad mental

Obligación	Estándares de cumplimiento	Fuente
Adopción de medidas legislativas, administrativas, judiciales o de otra índole para evitar la tortura y tratos de similar naturaleza, la explotación, la violencia y el abuso.	Estas medidas deben ser eficaces para detectar, investigar, juzgar y sancionar la tortura y tratos de similar naturaleza, la explotación, la violencia y el abuso.	Art. 15.2 CRPD Art. 16.5. CRPD Art. 8 CADH Art. 25 CADH Dictamen Comité CRPD 8/2012. Dictamen Comité CRPD 22/2014, párr. 8.6 Corte IDH, <i>Ximenes Lopes versus Brasil</i> , párr. 145 y 189.
Asistencia y apoyo para prevenir la tortura y tratos de similar naturaleza, la explotación, la violencia y el abuso.	Esta asistencia debe incluir la provisión de información y educación para prevenir, reconocer y denunciar la tortura y tratos de similar naturaleza, la explotación, la violencia y el abuso.	Art. 16.2 CRPD
Los programas diseñados para personas con discapacidad deben ser supervisados por autoridades independientes.	Los mecanismos de supervisión deben vigilar, lo que permite prevenir la tortura, la explotación, la violencia y el abuso, y detectar esta clase de conductas. Los mecanismos de supervisión deben estar dotados de independencia funcional. Los mecanismos de supervisión deben contemplar recursos de reclamación y posibilidades de reparación. Los mecanismos de supervisión deben incluir dentro de su mandato la revisión de establecimientos psiquiátricos y albergues de larga estadía para personas con discapacidad mental.	Art. 16.3 CRPD Art. 4 OPCAT Observaciones finales del Comité CPRD al informe inicial de Chile, párrs. 34 y 38. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, párr. 51.

Obligación de protección reforzada respecto de personas con discapacidad mental institucionalizadas.	El Estado asume una posición de garante frente a las personas con discapacidad mental que se encuentran bajo su custodia o cuidado.	Art. 4 CADH Art. 5 CADH <i>Corte IDH, Ximenes Lopes versus Brasil</i> , párr. 138.
Obligación de regular y fiscalizar instituciones que otorgan prestaciones de salud.	Esta obligación se extiende respecto a prestadores públicos y privados.	Art. 4 CADH Art. 5 CADH <i>Corte IDH, Ximenes Lopes versus Brasil</i> , párr. 141.

2. LAS COMISIONES DE PROTECCIÓN CREADAS POR LA LEY 20.584 SOBRE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

El antecedente reglamentario directo de las comisiones establecidas por la Ley 20.584 es el artículo 59 del Decreto 570 –que aprueba el reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan (publicado el 14 de julio de 2000)– el cual dispone:

Artículo 59.- Este reglamento entrará en vigencia al cabo de seis meses contados desde la fecha de su publicación en Diario Oficial de la República, una vez que haya sido tomado razón por la Contraloría General. Durante dicho período, se constituirá la Comisión Nacional de Protección de las Personas Afectadas de Enfermedades Mentales, en el Ministerio de Salud.

Las prerrogativas de esta Comisión guardaban relación con el conocimiento de las extensiones o prórrogas de internaciones psiquiátricas de carácter voluntario, ya fueran programadas o de urgencia (artículo 12); el resguardo de los derechos de los pacientes a los cuales se les indicaran tratamientos o procedimientos irreversibles, es decir, aquellos que se traduzcan en cambios físicos o psíquicos inmodificables para la persona (artículo 25); y asesorar al Ministerio de Salud ante reclamos efectuados por aquéllos que “sientan amenazados, perturbados o infringidos los derechos” que reconoce el reglamento del Decreto 570 (artículo 58).

Mediante la publicación de la Ley 20.584 (24 de abril de 2012) esta institucionalidad se amplió y mejoró. El trámite legislativo de esta ley fue iniciado mediante mensaje de la expresidenta Michelle Bachelet, de fecha 26 de julio de 2006. En dicho mensaje se estableció expresamente que:

La inspiración de los derechos a garantizar aquí propuestos, se recoge de los distintos instrumentos de derecho internacional, tales como pactos, convenios y declaraciones dictados en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, como de la Organización de Estados Americanos. Entre otros, cabe señalar la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Declaración de los Derechos del Niño (1959), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989).²⁷

En concordancia con las fuentes inspiradoras del proyecto, el mensaje presidencial también señaló que no se buscaba crear nuevos derechos, sino que el proyecto tenía por objeto explicitar los derechos consagrados en la Constitución y en los instrumentos internacionales, pero aplicados concretamente a las situaciones que se producen en contextos de prestaciones de salud.

Además, el mensaje establecía que uno de los principios inspiradores del proyecto era el respeto por las personas con discapacidad psíquica o intelectual: “el proyecto busca de alguna manera superar la decimonónica distinción entre capaces e incapaces, recogiendo lo que la ciencia hoy acepta, esto es, la existencia de distintos niveles de competencia que debe ser reconocida, al menos en lo que concierne a las decisiones en materia de salud”.²⁸ Lamentablemente, ni el proyecto original ni el resultado final de los diversos trámites legislativos fueron capaces de solventar esta alta y necesaria expectativa.²⁹ En el desarrollo del contenido de este mismo principio, el mensaje explicitaba que la existencia de comisiones de protección de derechos de las personas con discapacidad mental era una medida básica “para impulsar el cambio cultural que se requiere para disminuir las brechas de discriminación que afectan a las personas con discapacidad psíquica o intelectual”.³⁰

27 Historia de la Ley 20.584, p. 6.

28 *Ibíd.*, p. 9.

29 Lo cierto es que el mencionado sistema decimonónico de la capacidad legal, que se desprende del artículo 1447 del Código Civil, no ha sido reformado. Nuestras normas sobre capacidad legal, cuando se refieren a las personas con discapacidad, se erigen sobre un paradigma binario, es decir, distinguen exclusivamente entre personas capaces e incapaces, desconociendo una gran cantidad de situaciones intermedias que se encuentran entre esos dos extremos. El sistema actual implica una completa prescindencia de la persona que es declarada interdicta, cuya voluntad es reemplazada enteramente por un tercero que quedará sujeto a escasos o derechamente nulos mecanismos de rendición de cuentas, es decir, por el tutor o curador. El Estado de Chile, mediante la ratificación de la CRPD, se encuentra obligado a reformar sus normas sobre capacidad legal conforme a lo dispuesto en el artículo 12 de este tratado, complementado por los estándares precisados en la Observación General N° 1 sobre el igual reconocimiento de la persona con discapacidad ante la ley, del Comité CRPD.

30 Historia de la Ley 20.584, p. 10.

La Ley 20.584 vino a consagrar legalmente el establecimiento de una institucionalidad específica para velar por los derechos de las personas que reciben algún tratamiento psiquiátrico o derechamente presentan alguna discapacidad de origen mental. De acuerdo al artículo 29 de esta ley:

El Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección, una en cada región del país, cuya función principal será velar por la protección de derechos y defensoría de las personas con discapacidad psíquica o intelectual en la atención de salud entregada por los prestadores públicos o privados, sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia.

A continuación, el mismo artículo 29 indica las atribuciones principales de la CONAPPREM, entre las que destacan:

Tabla 3. Facultades legales de la CONAPPREM

Promover, proteger y defender los derechos de las personas con discapacidad mental cuando sean o puedan ser vulnerados.
Proponer al Ministerio de Salud las directrices técnicas y normas complementarias que garanticen la aplicación de la Ley 20.584 en relación a los derechos de las personas con discapacidad mental.
Coordinar y velar por el buen funcionamiento de las comisiones regionales.
Proponer a la Subsecretaría de Salud Pública la vinculación y coordinación de la CONAPPREM con otros organismos de derechos humanos, ya sean públicos o privados.
Revisar reclamos contra lo obrado por las comisiones regionales.
Revisar las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles.
Revisar hechos que involucren vulneración de derechos de las personas y muertes ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica.

Fuente: Artículo 29, inciso primero, de la Ley 20.584

Por su parte, las prerrogativas de las comisiones regionales son:

Tabla 4. Facultades legales de las comisiones regionales

Efectuar visitas y supervisar las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a personas con discapacidad mental.
Revisar las actuaciones de los prestadores públicos y privados en relación a las hospitalizaciones involuntarias y a las medidas o tratamientos que priven a la persona de desplazamiento o restrinjan temporalmente su contacto con otras personas, y controlar dichas actuaciones, medidas y tratamientos periódicamente.

Revisar los reclamos que los usuarios y cualquier otra persona en su nombre realicen sobre vulneración de derechos vinculados a la atención en salud.
Emitir recomendaciones a la autoridad sanitaria sobre los casos y situaciones sometidos a su conocimiento o revisión.
Recomendar a los prestadores institucionales e individuales la adopción de las medidas adecuadas para evitar, impedir o poner término a la vulneración de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.
Cumplir y ejecutar las directrices técnicas emitidas por el Ministerio de Salud.

Fuente: Artículo 29, inciso segundo, de la Ley 20.584

3. JUSTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Los antecedentes consignados en los numerales anteriores han tenido por finalidad graficar la necesidad de abordar críticamente y desde una perspectiva de derechos humanos la labor que desempeña la CONAPPREM y las comisiones regionales de protección, con el fin de determinar en qué grado el Estado cumple con sus obligaciones internacionales sobre prevención, protección, sanción y reparación de la tortura y otros tratos de similar naturaleza cometidos en contra de personas con discapacidad mental en contextos de prestaciones psiquiátricas.

Con este propósito, fueron formulados diversos indicadores para medir la efectividad de estas comisiones y se contrastaron con información que proporcionó el Ministerio de Salud mediante solicitudes de acceso a la información pública (transparencia). También se solicitó información, por la misma vía de acceso descrita, a otros organismos que en razón de sus propias facultades podrían desarrollar un trabajo colaborativo con la CONAPPREM y comisiones regionales.

La información obtenida mediante solicitudes de acceso a la información pública fue complementada con datos cualitativos, conseguidos mediante entrevistas semi-estructuradas que se practicaron a informantes clave, tales como exintegrantes de las mismas comisiones y personas relacionadas con la psiquiatría y la defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y, fundamentalmente, a usuarios y usuarias del sistema psiquiátrico que de algún modo hubieren visto afectados sus derechos y sus casos hayan sido conocidos por la CONAPPREM o alguna de las comisiones regionales de protección.

Sobre la base de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los indicadores mencionados, de la información obtenida en virtud de los procedimientos de transparencia pasiva y los datos cualitativos que fueron aportados por los informantes clave mediante entrevistas, se

efectuó una sistematización de los problemas y déficits que enfrentan o presentan las comisiones, cuyos principales resultados se detallan a continuación.

4. INFORMACIÓN ORGÁNICA

Mediante la solicitud de acceso a la información pública 5067, del 10 de mayo de 2018, se requirieron datos relacionados con aspectos orgánicos de la CONAPPREM y comisiones regionales, los que se detallan en las tablas 5 y 6. Este requerimiento no fue contestado en los plazos ordinarios establecidos en la Ley 20.285 sobre acceso a la información pública, y parte de la información –solo la relativa a la CONAPPREM– fue entregada en el contexto de un reclamo de amparo (C2595-18, del 13 de junio de 2018) iniciado ante el Consejo para la Transparencia (CPT).

Respecto a la creación de la CONAPPREM, además de lo dispuesto en el artículo 29 de la Ley 20.584, debe considerarse el Decreto 23 del Ministerio de Salud, del 12 de junio de 2012. En el artículo 1° de este decreto se establece que la CONAPPREM tendrá su sede en el gabinete ministerial y que contará con una Secretaría Ejecutiva conformada por el personal que para tal efecto asigne el Ministerio de Salud.

En el artículo 2° del Decreto 23 se regula la integración de la CONAPPREM, que se conforma por los siguientes miembros, quienes desempeñan sus labores *ad honorem*: un representante del Colegio Médico, con experiencia o especialización en las áreas de psiquiatría o salud mental; un representante del Colegio de Psicólogos, con experiencia o especialización en psicología clínica; un representante del Colegio de Abogados, con especialización o conocimientos en servicios asistenciales de salud mental; dos personas en representación de las sociedades científicas del área de la salud mental; dos representantes de las asociaciones de usuarios de salud mental; dos representantes de las asociaciones de familiares de personas con discapacidad psíquica o intelectual; y un representante de la autoridad sanitaria designado por elección del ministro de la cartera, según los candidatos propuestos por las subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, quien actuará como presidente de la Comisión.

La Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM, mencionada en el artículo 1° del Decreto 23, está compuesta por tres personas, que desempeñan funciones bajo un convenio de honorarios y cumplen una jornada parcial de trabajo. Las profesiones de las personas que trabajan en la Secretaría Ejecutiva y los datos relativos a si cuentan con formación en materia de derechos humanos, especialmente de las personas con discapacidad, no fueron informados.

En lo que respecta al número de sesiones celebradas por la CONAPPREM, solo se informó que se han efectuado 41 reuniones ordinarias y 17 extraordinarias, pero sin especificar la época de su celebración, a pesar de que se requirió que la información fuera desagregada, al menos, de acuerdo a los siguientes años: 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018. Por su parte, se informó que la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM sesiona una vez a la semana.

Estos primeros datos ya revelan algunas deficiencias de la CONAPPREM. Que su sede esté directamente en el gabinete del Ministerio de Salud constituye un impedimento mayor para el cumplimiento autónomo y objetivo de las funciones que la ley encomienda a este órgano, pues ello mismo implica revisar acciones ejecutadas en los hospitales y otros dispositivos de atención médica que integran los diversos servicios de salud que existen en el país. Esta perspectiva de análisis se torna más compleja al considerar las declaraciones de la defensora de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, Marcela Benavides, quien integró la CONAPPREM entre el 2000 y el 2011: “la Comisión no tenía ni tiene capacidad resolutoria. Tiene capacidad fiscalizadora, pero no tiene capacidad resolutoria ni sancionatoria. No tiene capacidad para judicializar tampoco, no la tiene. Lo peor de la comisión es la falta de presupuesto y autonomía”³¹.

La condición anterior, de acuerdo a lo declarado por Marcela Benavides, se traduce en que la Comisión “nunca ha podido fiscalizar adecuadamente a la autoridad sanitaria; decirle ‘ordénesse, dígame ¿cuántas internaciones hizo este año, a cuántas le levantó la medida, revisó la medida, era justificada, se consiguió el propósito?’”. Este aspecto, es directamente contrario a lo dispuesto en el artículo 16.3 de la CRPD, según el cual todos los programas para personas con discapacidad deben ser supervisados por autoridades independientes, con el propósito de evitar casos de explotación, violencia y abuso.

Por otra parte, la composición que determina el artículo 2° del Decreto 23 no asegura que la actividad de este órgano esté informada por la doctrina de los derechos humanos, que, según se ha visto, es particularmente relevante en lo que respecta al establecimiento de estándares para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes en contextos de atenciones psiquiátricas, máxime cuando estos se dirigen a personas con discapacidad psicosocial. Que no se asegure un análisis desde una perspectiva de derechos humanos en las actividades que son propias de la CONAPPREM se torna particularmente complejo cuando se estima que esa rama del derecho, en diálogo con otras áreas del conocimiento, han desarrollado

31 Entrevista realizada el 1 de junio de 2018.

perspectivas que tensionan planteamientos clásicos de la psiquiatría y han promovido importantes revisiones de prácticas y procedimientos utilizados durante décadas sin cuestionar en sentido estricto, hasta ahora, las consecuencias (muchas de ellas irreversibles) que provocan o podrían provocar en la persona.

Sobre esta materia, Marcela Benavides manifiesta que mientras fue parte de la comisión, la entidad estuvo presidida por un psiquiatra lo que produjo un fenómeno que ella denomina “doctoreo”, es decir, “una manera de imponer la autoridad médica o sanitaria por sobre el resto de las personas”, lo que dificultaba el diálogo entre los diversos miembros de este órgano. Agrega Benavides:

Si usted arma una comisión donde hay un médico que la preside, tenga por seguro que va a fracasar. Y si hay funcionarios de salud alrededor, no hay caso, no hay dialogo, no hay debate, no hay intercambio de opiniones, de visiones, de perspectivas, de experiencias. No se analizan críticamente las situaciones; hay solo una resolución de autoridad, por eso falla la Comisión de Protección. O sea, hay dos maneras de pensamiento que no están integradas en la CONAPPREM: la reflexividad y el análisis crítico, y eso lo entregan las humanidades y las ciencias sociales. Ojalá hubiera un filósofo ahí.

El limitado número de los funcionarios que integran la Secretaría Ejecutiva, el precario título de su nombramiento y la fraccionada jornada para el desempeño de sus funciones, no aseguran condiciones para el adecuado cumplimiento de las múltiples y complejas tareas que señala el artículo 29 de la Ley 20.584, especialmente si se considera que la CONAPPREM debe asumir la defensa de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial “en lo que respecta a la atención de salud que les es entregada por los prestadores públicos o privados, ya sea en las modalidades de atención comunitaria, ambulatoria, hospitalaria o de urgencia”, conforme al artículo 1° del Decreto 23.

Respecto de las comisiones regionales de protección, se requirió información de similar naturaleza a la precisada anteriormente sobre la CONAPPREM, pero estos datos no fueron entregados por la Subsecretaría de Salud Pública, por lo cual se reclamó vía amparo en contra de dicho organismo. Por tanto, no se cuenta con los datos necesarios para efectuar un análisis de los aspectos orgánicos de las comisiones regionales de protección. La omisión en la entrega de esta información permite presumir que la CONAPPREM, a través de su Secretaría Ejecutiva, no centraliza datos básicos de las comisiones regionales, pues, de lo contrario, el requerimiento de acceso a la información pública 5067 habría sido contestado de modo íntegro. Lo detallado implica un incumplimiento grave de la obligación dispuesta en el artículo 29,

inciso primero, letra c) de la Ley 20.584, esto es, el deber de “coordinar y velar por el buen funcionamiento de las Comisiones Regionales”.

Sin perjuicio de lo anterior, el INDH ha calificado como un hecho grave que hasta la fecha no se hubiere instalado la Comisión de Protección en la Región Metropolitana, “siendo ésta la región que por su magnitud presenta la mayor cantidad de vulneración de derechos en la atención de salud mental”.³² En palabras de los mismos miembros de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM, consignadas en el *Informe Anual sobre la situación de los Derechos Humanos en Chile 2017* del INDH, se precisa que las razones que explican esta omisión son:

La falta de voluntad política, la falta de recursos y también porque se estima que la CONAPPREM debería ocuparse de todas las tareas de la Comisión Regional [Metropolitana], sin embargo, son ámbitos de acción muy distintos, ya que la CONAPPREM cumple un rol rector, de vigilancia y de apoyo a todas las Comisiones Regionales del país, y estas últimas son las que van a terreno, efectúan visitas a los centros de salud mental y reciben directamente reclamos.³³

La situación descrita por los miembros de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM es delicada por varios motivos. En primer lugar, importa un incumplimiento normativo de envergadura que se ha mantenido a través de los años y bajo las diversas administraciones del Ejecutivo desde 2012, año de publicación de la Ley 20.584. En este sentido, resulta llamativo que este incumplimiento no hubiese sido revisado, hasta hoy, por la Contraloría General de la República o los propios órganos contralores del Ministerio de Salud. En segundo término, si la CONAPPREM subroga el cumplimiento de las funciones que corresponden por atribución legal a una hipotética Comisión Metropolitana de Protección, se estaría trasgrediendo normas básicas del derecho público. En efecto, según lo dispuesto en los artículos 6° y 7° de la Constitución Política de la República, los órganos del Estado deben someter su actuación a lo que la Constitución y las leyes indican y solo actúan válidamente previa investidura regular de sus integrantes, dentro de su competencia y en la forma que prescriba la ley. Además, ninguna magistratura, persona o grupo de personas puede atribuirse más derechos o atribuciones que los que figuran expresamente conferidos por la Constitución o las leyes. La contravención de estas disposiciones genera que todo acto sea nulo, dando lugar a las responsabilidades y sanciones que la ley señala. Por tanto, al subrogarse en la CONAPPREM las

32 Instituto Nacional de Derechos Humanos, *Informe anual sobre la situación de los derechos humanos en Chile, 2018*, p. 97.

33 *Ibíd.*

facultades que están atribuidas por ley a las comisiones regionales, se falta gravemente a las más básicas normas del derecho público con las consecuentes responsabilidades administrativas.

Los aspectos detallados en este párrafo revelan diversas incompatibilidades con las obligaciones internacionales –en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad mental– que el Estado ha adquirido. En un primer nivel de análisis, a pesar de la existencia de esta institucionalidad administrativa orientada hacia la protección de las personas con discapacidad mental en contextos de prestaciones de salud, existen indicios (integración *ad honorem*, Secretaría Ejecutiva que desempeña labores a tiempo parcial y bajo un convenio de honorarios, escasa centralización de datos sobre las comisiones regionales, la omisión de constituir la Comisión Regional Metropolitana) que demostrarían ineficacia en su acción, situación contraria a los estándares de los artículos 15.2 y 16.5 de la CRPD, a los dictámenes del Comité CRPD, citados previamente, y a las decisiones de la sentencia del caso *Ximenes Lopes versus Brasil*.

Tabla 5. Aspectos orgánicos de la CONAPPREM

CONAPPREM
Actos administrativos de creación e instalación de la CONAPPREM.
Composición de la CONAPPREM.
Número de funcionarios de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM.
Profesiones de los funcionarios de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM.
Experiencia en derechos humanos de los funcionarios de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM.
Estatus de nombramiento de los funcionarios de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM (planta, contrata, honorario).
Jornada de desempeño de los funcionarios de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM.
Número de sesiones mensuales celebradas durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.

Fuente: Solicitud de acceso a la información pública 5067

Tabla 6. Aspectos orgánicos de las Comisiones Regionales de Protección

Comisiones regionales
Indicación expresa de todas las comisiones regionales constituidas hasta la fecha.
Actos administrativos de creación e instalación de cada una de las comisiones regionales.
Composición de cada una de las comisiones regionales.

Número de funcionarios que componen cada una de las comisiones regionales.
Profesiones de los funcionarios que componen cada una de las comisiones regionales.
Experticia en derechos humanos de los funcionarios que integran cada una de las comisiones regionales.
Estatus de nombramiento (planta, contrata, honorario) de los funcionarios de las comisiones regionales.
Jornada de desempeño de los funcionarios de las comisiones regionales.
Número de sesiones mensuales celebradas por cada comisión regional durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.

Fuente: Solicitud de acceso a la información pública 5067

5. CUMPLIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE LA CONAPPREM

Mediante la solicitud de acceso a la información pública 5068, del 10 de mayo de 2018, se solicitó a la Subsecretaría de Salud Pública una relevante cantidad de datos a fin de evaluar el cumplimiento de las funciones que son atribuidas a la CONAPPREM en virtud del artículo 28, inciso primero, de la Ley 20.584 (ver tabla 7). Al igual que en el caso anterior, esta solicitud no fue contestada en los plazos ordinarios dispuestos en la Ley 20.285 (20 días hábiles administrativos), sino que los datos fueron puestos a disposición en virtud de un reclamo de amparo ante el CPT (C2596-2018, del 13 de junio de 2018). Además, la solicitud 5068 fue contestada haciendo referencia a un oficio del 4 de enero de 2018, dirigido por el jefe de gabinete de la ministra de Salud de la época al INDH,³⁴ a fin de responder, a su vez, a un oficio del 18 de agosto de 2017 de ese órgano autónomo, en virtud del cual se le solicitaba a tal cartera ministerial información para la redacción de su *Informe Anual 2017*.³⁵ En suma, la solicitud 5068 fue contestada fuera de plazo y la información otorgada por la CONAPPREM, mediante la Subsecretaría de Salud Pública, no responde exactamente a los términos expresados en ella, ya que se replicó información entregada al INDH cinco meses después de que le fuera requerida por tal organismo.

34 Oficio A-21/N° 71, del 4 de enero de 2018, del jefe de gabinete de la ministra de Salud a director del Instituto Nacional de Derechos Humanos, mediante el cual se envía informe de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM.

35 Oficio N° 653, del 18 de agosto de 2017, del director del Instituto Nacional de Derechos Humanos a la ministra de Salud, mediante el cual se solicita información para redacción del *Informe Anual sobre la situación de los Derechos Humanos en Chile 2017*.

Tabla 7. Información solicitada a la Subsecretaría de Salud Pública para evaluar el cumplimiento de las funciones de la CONAPPREM

<i>Art. 29, letra a) Promover, proteger y defender los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual cuando éstos sean o puedan ser vulnerados.</i>
1.1. Indicar las acciones ejecutadas en razón de esta facultad durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
1.2. Indicar las acciones de promoción de los derechos de las personas con discapacidad mental ejecutadas por la CONAPPREM durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 (como capacitaciones, seminarios, acciones de difusión, entre otras).
1.3. Indicar las acciones de protección de los derechos de las personas con discapacidad mental desarrolladas por la CONAPPREM durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 (como instrumentos administrativos, instrucciones, circulares, entre otros, que detallen de mejor modo el contenido de los marcos internacionales, constitucionales y legales relativos a los derechos de estas personas que se encuentran vigentes).
1.4. Indicar las acciones de defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 (tales como instrucciones de sumarios o acciones judiciales en contra de funcionarios públicos o trabajadores de servicios privados que hubieren vulnerado los derechos de las personas indicadas).
<i>Art. 29, letra b) Proponer al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, directrices técnicas y normativas complementarias con el fin de garantizar la aplicación de la presente ley para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual.</i>
2.1. Indicar y entregar copia de las directrices técnicas, normativas o modificaciones propuestas a normas técnicas, guías clínicas y otros instrumentos de similar naturaleza que la CONAPPREM hubiese sugerido a la Subsecretaría de Salud Pública durante los años 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
<i>Art. 29, letra c) Coordinar y velar por el buen funcionamiento de las Comisiones Regionales.</i>
3.1. Indicar las acciones en virtud de las cuales la CONAPPREM ha cumplido con esta función durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
3.2. Indicar las acciones de capacitación y formación organizadas por la CONAPPREM que tuvieron por objeto promover el conocimiento de los derechos de las personas con discapacidad mental entre los funcionarios que integran las comisiones regionales durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
<i>Art. 29, letra d) Proponer a la Subsecretaría de Salud Pública la vinculación y coordinación de la Comisión con otros organismos públicos y privados de derechos humanos.</i>
4.1. Indicar las acciones en virtud de las cuales la CONAPPREM ha cumplido con esta función durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
4.2. Indicar si durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 se han ejecutado acciones de vinculación y coordinación con las siguientes entidades; además, en caso de que la respuesta sea afirmativa, indicar la naturaleza, objetivos y resultados de tales acciones: - Instituto Nacional de Derechos Humanos. - Poder Judicial. - Ministerio Público. - Defensoría Penal Pública. - Servicio Nacional de la Discapacidad. - Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. - Servicio Nacional de la Discapacidad. - Corporaciones de Asistencia Judicial (especialmente en relación al Programa Acceso a la Justicia de las Personas con Discapacidad).
<i>Art. 29, letra e) Revisar los reclamos contra lo obrado por las Comisiones Regionales.</i>

5.1. Número de reclamos contra las comisiones regionales ingresados a la CONAPPREM durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
5.2. Mecanismos mediante los cuales la CONAPPREM puede recibir estos reclamos.
5.3. Solicitar los instrumentos que formalizan la sustanciación de estos reclamos (etapas del procedimiento, plazos, medidas que se pueden instruir para resolver, sanciones).
5.4. Indicar los modos en que han terminado estos reclamos y su frecuencia, desagregados por años (2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018): - Número de sobreseimientos por falta de antecedentes. - Número de sobreseimientos por falta de pruebas. - Número de sobreseimientos por falta de responsabilidad de los funcionarios involucrados. - Número de reclamos en contra de lo obrado por las comisiones regionales que han terminado en sanciones para los funcionarios involucrados. - Número de reclamos en contra de lo obrado por las comisiones regionales en virtud de los cuales la CONAPPREM hubiere iniciado acciones judiciales en contra de los funcionarios involucrados.
<i>Art. 29, letra f) Revisar las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles.</i>
6.1. Número de revisiones desagregadas por años (2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018) de los siguientes procedimientos: - Esterilizaciones de mujeres con discapacidad mental menores de 18 años. - Esterilizaciones de mujeres con discapacidad mental mayores de 18 años. - Esterilizaciones de hombres con discapacidad mental menores de 18 años. - Esterilizaciones de hombres con discapacidad mental mayores de 18 años. - Psicocirugía. - Terapia electroconvulsivante .
<i>Art. 29, letra g) Revisar hechos que involucren vulneración de derechos de las personas y muertes ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica.</i>
7.1. Número de revisiones de hechos que involucren vulneración de los derechos de las personas durante hospitalizaciones psiquiátricas en el sector público durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
7.2. Número de revisiones de hechos que involucren vulneración de los derechos de las personas durante hospitalizaciones psiquiátricas en el sector privado durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
7.3. Número de revisiones de muertes durante hospitalizaciones psiquiátricas en el sector público durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
7.4. Número de revisiones de muertes durante hospitalizaciones psiquiátricas en el sector privado durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.

Fuente: Solicitud de acceso a la información pública 5068

A continuación, se detallarán los datos otorgados por la CONAPPREM, mediante la Subsecretaría de Salud Pública, en virtud de la solicitud de acceso a la información pública 5068.

5.1. Acciones ejecutadas por la CONAPPREM para promover, proteger y defender los derechos humanos de las personas con discapacidad psíquica e intelectual

Para responder a este punto (ver el numeral 1.1 de la tabla 7), la CONAPPREM se remitió al oficio A-21/N° 71 enviado al INDH. Sin embargo, la información indicada se enmarca en otras facultades

de esta Comisión, como coordinar y velar por el buen funcionamiento de las comisiones regionales de protección, y revisar las indicaciones y aplicación de tratamientos invasivos e irreversibles y emitir recomendaciones (las que se revisarán en detalle más adelante).

5.2. Acciones de promoción de los derechos de las personas con discapacidad mental

Se solicitó a la CONAPPREM indicar las acciones de promoción de los derechos de las personas con discapacidad mental ejecutadas durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018, como capacitaciones, seminarios, acciones de difusión, entre otras (ver el numeral 1.2 de la tabla 7). Al respecto, la CONAPPREM informó lo siguiente:

- En 2015 y 2017, se efectuaron jornadas nacionales en las cuales se convocó a las comisiones regionales de protección.
- En 2015 y 2017, la CONAPPREM participó en las Jornadas Nacionales de Bioética.
- En enero de 2016, se efectuó una videoconferencia con las comisiones regionales de protección, cuyo propósito fue identificar y abordar los conflictos de interés, reforzamiento de aplicación de protocolos y criterios para el cumplimiento de las funciones.
- Entre 2016 y 2018, la CONAPPREM ha participado en los Conversatorios de Salud Mental organizados por el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública.
- En 2017, se organizó un seminario de actualización de la Red de Salud Mental Forense, donde expuso la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- La CONAPPREM informa que ha participado, además, en diversas actividades, como conferencias y seminarios (sobre interacciones administrativas organizado por la Comisión Regional de Valparaíso y por el Hospital Félix Bulnes; conferencias en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y en el Hospital de la Fuerza Aérea de Chile).

A pesar de que la CONAPPREM informó ciertas acciones de promoción de los derechos de las personas con discapacidad mental, se advierte que estas se enfocan exclusivamente en actores que son parte del sistema de salud; en tanto, se produce una escasa vinculación con personas naturales y jurídicas que no pertenezcan al sector, lo que limita la difusión de la existencia de la Comisión Nacional. Esta cuestión –que en sí misma puede ser entendida como un debilitamiento de su desarrollo institucional y funcional– implicaría un incumplimiento de la obligación establecida en el artículo 16. 2 de la CRPD,

que dispone el deber del Estado de asistir y apoyar para prevenir la tortura, la violencia y el abuso, lo que incluye provisión de información y educación.

5.3. Acciones de protección de los derechos de las personas con discapacidad mental

Mediante la solicitud 5068 se requirió a la CONAPPREM indicar las acciones de protección de los derechos de las personas con discapacidad mental desarrolladas durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018, como la formulación de instrumentos administrativos, instrucciones, circulares, entre otros, que detallen de mejor modo el contenido de los marcos internacionales, constitucionales y legales relativos a los derechos de estas personas que se encuentran vigentes (ver numeral 1.3 de la tabla 7).

Sobre estas materias, la CONAPPREM indicó que ha participado en algunas mesas de trabajo interinstitucionales; también participó en la redacción de la circular de la Superintendencia de Salud para organismos acreditadores de establecimientos de internación psiquiátrica cerrada; asimismo informó que ha sostenido reuniones con la Contraloría Regional Metropolitana para revisar la aplicación de las resoluciones de internaciones administrativas; y que ha elaborado y difundido los siguientes protocolos para las comisiones regionales: *Protocolo de gestión de consultas y reclamos*, *Protocolo de visitas de supervisión a establecimientos de internación psiquiátrica* y *Protocolo de seguimiento a la aplicación de internaciones administrativas*.

Esta información debe complementarse con lo indicado en el numeral 5.5 y sus respectivos comentarios.

5.4. Acciones de defensa de los derechos de las personas con discapacidad mental

En la solicitud 5068 se requirió que la CONAPPREM indicara las acciones de defensa de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental ejecutadas durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018, tales como instrucciones de sumarios o acciones judiciales en contra de funcionarios públicos o trabajadores de servicios privados que hubieren vulnerado los derechos de las personas con discapacidad mental (ver numeral 1.4 de la tabla 7).

Sobre este punto, la CONAPPREM contestó expresamente que “en el período indicado no se han emitido recomendaciones que se hayan traducido en acciones como las mencionadas en el punto en referencia”. Esta información resulta preocupante, sobre todo cuando se toma en cuenta el estudio efectuado por el INDH, cuyos principales resultados fueron publicados en uno de los capítulos de su *Informe Anual sobre la situación de los Derechos Humanos en Chile 2017*. En el capítulo

intitulado *Condiciones de vida en unidades psiquiátricas de larga estadía*, se menciona expresamente que ciertos antecedentes sobre hechos de especial gravedad detectados en tales dispositivos de salud fueron “entregados a la CONAPPREM, mediante el oficio 698, del 28 de septiembre de 2017, con el propósito de que se tomaran las medidas correspondientes para investigar los hechos, sancionar a los responsables y reparar a las víctimas”.³⁶

Dado que los hallazgos comunicados por el INDH guardan relación con abusos sexuales perpetrados en contra de personas que residen en unidades psiquiátricas de larga estadía y el caso de una persona encerrada en condiciones de extrema indignidad, constituye una falta grave al cumplimiento de las obligaciones que la ley encomienda a la CONAPPREM el que no se hubiesen efectuado acciones concretas para cautelar adecuadamente los derechos de esos/as pacientes.

El alcance de lo que se ha comentado en este apartado puede ilustrarse de mejor modo a través de las afirmaciones de Carla Sandoval, psicóloga, y Gloria Silva, terapeuta ocupacional y académica de las universidades de Chile y de Santiago, ambas integrantes de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, quienes en años anteriores denunciaron varios casos ante la CONAPPREM. “Lo que habitualmente nos pasaba es que nos recibían la observación o denuncia y lo que venía de vuelta eran orientaciones, pero no había nada resolutivo, mucho menos sanciones”, manifiesta Carla Sandoval. Ante una determinada denuncia interpuesta por Gloria Silva, afirma que “llegó una respuesta de la CONAPPREM unos tres meses después, con una serie de recomendaciones que ya eran completamente extemporáneas”.³⁷

En opinión de las entrevistadas, las acciones de protección desarrolladas por la CONAPPREM no son efectivas, pues cuando han comunicado casos de violaciones de derechos de personas con discapacidad psicosocial “la Comisión solo ha funcionado como un buzón de sugerencias, como una OIRS”, afirma Carla Sandoval. Gloria Silva, por su parte, manifiesta que la problemática señalada “no es una cuestión de falta de voluntad de los funcionarios de la CONAPPREM, sino que [en su impresión] ellos tampoco saben qué hacer con los casos, porque carecen de asesoría jurídica permanente que permita interponer denuncias y seguir una tramitación ante los tribunales de justicia”. Por último, Carla Sandoval estima “que el problema de la CONAPPREM es estructural, pues no tienen lineamientos, seguramente no tienen los recursos para ejercer adecuadamente sus funciones”.

36 Instituto Nacional de Derechos Humanos, *Informe anual sobre la situación de los Derechos Humanos en Chile*, 2018, p. 108.

37 Entrevista realizada de modo conjunto el 6 de junio de 2018.

Conforme a la información indicada en este apartado, se configura un incumplimiento grave en lo que respecta a las obligaciones sobre defensa de los derechos de las personas con discapacidad, sobre todo considerando que la Corte IDH –en atención a los artículos 4 (derecho a la vida) y 5 (derecho a la integridad personal) de la CADH– ha manifestado que existe una obligación de protección reforzada de las personas con discapacidad mental, especialmente cuando viven institucionalizadas, ya que en tal caso el Estado asume una posición de garante.

5.5. Directrices técnicas, normativas y modificaciones propuestas

Mediante la solicitud de acceso a la información pública 5068, se pidió a la CONAPPREM que indicara y entregara copia de las directrices técnicas, normativas o modificaciones propuestas a normas técnicas, guías clínicas y otros instrumentos de similar naturaleza que hubiesen sugerido a la Subsecretaría de Salud Pública durante los años 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 (ver numeral 2.1 de la tabla 7).

Sobre este punto, la CONAPPREM entregó cierta información sin precisar los años de las iniciativas; junto a esta deficiencia en la entrega de los datos –desatendiendo el tenor de la solicitud–, no entregó las copias solicitadas. Con todo, de acuerdo a la información proporcionada por la CONAPPREM, sus miembros habrían participado en las siguientes mesas de trabajo que, en general, se orientarían a actualizar una serie de instrumentos relacionados con los derechos de las personas con discapacidad mental:

- Revisión y actualización de la Normas de esterilización quirúrgica en personas con enfermedad mental, que datan de 2004.
- Revisión y actualización de la Resolución 656, mediante la cual se regula la aplicación de la técnica de psicocirugía o cirugía aplicada al tejido cerebral, publicada en 2002.
- Revisión y actualización del Decreto 570 que aprueba el reglamento para la internación de las personas con discapacidad mental y sobre los establecimientos que la proporcionan, de 1998.
- Revisión y actualización de la Norma técnica sobre terapia electroconvulsivante modificada, de 2002.

Como puede observarse, estas normas e instrumentos administrativos que regulan de modo específico una serie de procedimientos altamente invasivos, varios de ellos irreversibles, que históricamente se han aplicado a las personas con discapacidad mental, siguen vigentes a pesar de su antigüedad. Estos instrumentos han sido superados por los desarrollos normativos que provienen del derecho internacional de derechos humanos –máxime la CRPD– y por la legislación doméstica –como

la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, publicada en 2012—, donde el igual reconocimiento de las personas con discapacidad ante la ley, su autonomía, capacidad legal y el consentimiento libre e informado ante cualquier acción relacionada con su salud, son derechos plenamente reconocidos.

La situación descrita advierte la necesidad de revisar y actualizar las normas técnicas, decretos y resoluciones, mencionados con anterioridad, a la luz de los estándares de derechos humanos de las personas con discapacidad que el Estado se ha obligado a respetar. En esta tarea, la CONAPPREM está facultada para jugar un rol fundamental, conforme a lo dispuesto en el artículo 29, inciso primero, letra b) de la Ley 20.584; sin embargo, ninguna de las actualizaciones mencionadas por la CONAPPREM ha sido implementada, manteniéndose vigentes, en tanto, los arcaicos instrumentos ya detallados.

5.6. Coordinar y velar por el buen funcionamiento de las comisiones regionales de protección

Se solicitó a la CONAPPREM indicar las acciones ejecutadas durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 para dar cumplimiento a la facultad precisada en el artículo 29, inciso primero, letra c) de la Ley 20.584, esto es, coordinar y velar por el buen funcionamiento de las comisiones regionales de protección (ver numeral 3.1 de la tabla 7). De igual manera, indicar las acciones de capacitación y formación que hubiere organizado cuyo objeto fuera promover el conocimiento de los derechos de las personas con discapacidad mental entre los funcionarios y funcionarias que integran las comisiones regionales de protección, desagregada de acuerdo a los años ya señalados (ver numeral 3.2 de la tabla 7).

Sobre el primer punto, la CONAPPREM respondió que ha mantenido un trabajo permanente de coordinación con la red de comisiones regionales de protección “que a lo largo de todo Chile están constituidas, con excepción de la Región Metropolitana”. Además, se estaría prestando apoyo y orientación a las comisiones regionales, en lo que sigue:

- Asesoría en la aplicación de procedimientos que son propios de las comisiones regionales, como el conocimiento de quejas y reclamos ante violaciones de derechos, visitas y supervisión de instalaciones hospitalarias y aplicación de tratamientos y pautas para la revisión de procedimientos para las internaciones administrativas, judiciales y de urgencia.
- En coordinación con las respectivas comisiones regionales, la CONAPPREM ha participado en la gestión de quejas y

denuncias de hechos de alta conmoción pública, como el caso de una persona con discapacidad mental desaparecida en el norte de Chile.³⁸

Sobre las acciones para promover el conocimiento de los derechos de las personas con discapacidad mental entre los integrantes de las comisiones regionales, la CONAPPREM informó lo siguiente:

- Elaboración y difusión de protocolos para las comisiones regionales sobre gestión de consultas y reclamos, para la realización de visitas de supervisión a establecimientos de internación psiquiátrica, para la recepción y gestión de reclamos y para el seguimiento de internaciones involuntarias.
- Elaboración y difusión de directrices para el buen funcionamiento de las comisiones regionales (abril de 2018).

Estos protocolos y directrices no fueron adjuntados a la respuesta del requerimiento de acceso a la información pública ni tampoco son de libre acceso, de modo que no ha sido posible una evaluación de su pertinencia con las obligaciones de debida diligencia estatal en lo que respecta a la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental.

5.7. Vinculación y coordinación de la Comisión con otros organismos de derechos humanos

Se requirió a la CONAPPREM que indicara las acciones ejecutadas de acuerdo a lo indicado en el artículo 29, inciso primero, letra d) de la Ley 20.584: proponer a la Subsecretaría de Salud Pública la vinculación y coordinación de la Comisión con otros organismos públicos y privados de derechos humanos (ver numeral 4.1 de la tabla 7). A fin de

38 Se trataría del caso de José Vergara Morales. El 13 de septiembre de 2015, funcionarios policiales concurrieron a la vivienda de José Vergara, en la población La Tortuga, comuna de Alto Hospicio, luego de que sus familiares alertaran sobre una serie de desórdenes que él estaba provocando producto de una crisis de esquizofrenia. Tras su detención, José Vergara no retornó al hogar y pese a la intensa búsqueda no se han encontrado rastros de su ubicación. Hasta ahora la única pista es la información proporcionada por los propios funcionarios policiales a cargo del procedimiento, quienes fueron dados de baja luego de reconocer que abandonaron a José Vergara en el sector de "Caleta Buena". Los acusados fueron condenados por el delito de detención ilegal, pero no por los delitos de falsificación de instrumento público (por haber alterado la hoja de ruta con el fin de distraer el abandono de José Vergara) y secuestro calificado, mediante sentencia de fecha 11 de abril de 2018. El 24 de abril de 2018, la sede regional de Tarapacá del INDH interpuso un recurso de nulidad en contra de la sentencia dictada por el Tribunal de Juicio Oral en lo Penal de Iquique, a través de la cual se condenó a cuatro exfuncionarios de Carabineros de Chile solo por el delito de detención ilegal de José Vergara. Dicho recurso fue acogido por la Corte Suprema, ordenando la realización de un nuevo juicio oral el que fue programado para el 27 de agosto de 2018.

precisar de mejor modo el cumplimiento de esta función, se solicitó a la CONAPPREM informar sobre acciones desarrolladas en conjunto con una serie de organismos públicos que podrían apoyar y complementar sus labores en lo que respecta a la defensa de los derechos de las personas con discapacidad mental (ver numeral 4.2 de la tabla 7).

Según lo indicado por la CONAPPREM, no ha desarrollado acciones sustantivas de vinculación con ninguno de los siguientes organismos públicos: Instituto Nacional de Derechos Humanos, Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública, Servicio Nacional de la Discapacidad, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Corporaciones de Asistencia Judicial (especialmente en relación al Programa acceso a la justicia de las personas con discapacidad).

Esta misma información fue requerida a cada uno de los organismos mencionados anteriormente, mediante diversas solicitudes de transparencia. Todos ellos indicaron que no han efectuado acciones con la CONAPPREM que sustantivamente hubieren repercutido en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad mental.³⁹

Este panorama revela una amplia deficiencia de la CONAPPREM en lo que respecta a la vinculación con otros organismos públicos que podrían apoyar y complementar de modo importante el cumplimiento de sus funciones en relación a la defensa de los derechos de las personas con discapacidad mental, principalmente cuando se requiera accionar judicialmente.

5.8. Revisar los reclamos contra lo obrado por las comisiones regionales

Para determinar el cumplimiento de las funciones dispuestas en el artículo 29, inciso primero, letra e) de la Ley 20.584, se requirió la siguiente información: número de reclamos contra las comisiones regionales ingresados a la CONAPPREM durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 (numeral 5.1 de la tabla 7); mecanismos mediante los cuales la CONAPPREM puede recibir estos reclamos (numeral 5.2 de la tabla 7); instrumentos que formalizan la sustanciación de estos reclamos (etapas del procedimiento, plazos, medidas que se

39 Solicitud de acceso a la información pública 479, dirigida a SENADIS, del 9 de junio de 2018. Solicitud de acceso a la información pública 150, dirigida al INDH, del 10 de junio de 2018. Solicitud de acceso a la información pública 6534, dirigida a la Fiscalía Nacional del Ministerio Público, del 9 de junio de 2018. Solicitud de acceso a la información pública 277, dirigida a la Corporación de Asistencia Judicial de la Región Metropolitana, del 9 de junio de 2018. Solicitud de acceso a la información pública 111, dirigida a la Corporación de Asistencia Judicial de la Región de Valparaíso, del 9 de junio de 2018. Solicitud de acceso a la información pública 113, dirigida a la Corporación de Asistencia Judicial de la Región del Biobío, del 9 de junio de 2018. Solicitud de acceso a la información pública 101, dirigida a la Corporación de Asistencia Judicial de las regiones de Tarapacá y Antofagasta, del 9 de junio de 2018.

pueden instruir para resolver, sanciones; numeral 5.3 de la tabla 7); modos en que han terminado estos reclamos y su frecuencia, desagregados por años (2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018; numeral 5.4 de la tabla 7).

Esta es una de las facultades más críticas de la CONAPPREM, puesto que la revisión de las acciones obradas por las comisiones regionales constituye en sí mismo un mecanismo de rendición de cuentas que sirve como engarce para el cumplimiento de las otras funciones que la ley atribuye a la Comisión. A pesar de la importancia de esta prerrogativa, la información otorgada por la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM evidencia importantes carencias e incumplimientos.

En efecto, conforme a lo indicado por la CONAPPREM, desde 2015 hasta abril de 2018, no se han presentado reclamos en contra de las acciones obradas o ejecutadas por las comisiones regionales de protección. Sobre los mecanismos existentes para recoger y canalizar estos reclamos, la CONAPPREM se limitó a indicar que “puede recibirlos a través del o los reclamantes en forma directa, toda vez que se haya recurrido antes a la Comisión Regional respectiva, con evidencia por escrito de dicha acción”. Sin embargo, no existe información de libre acceso al público que permita conocer protocolos o mecanismos específicos de denuncia. De hecho, ante la solicitud de acceder a los instrumentos que formalizan la sustanciación de los reclamos, la Secretaría Ejecutiva respondió que estos no se encuentran disponibles, ya que recién están en etapa de elaboración (antecedente alarmante si se considera que la configuración actual de la CONAPPREM y el establecimiento de las comisiones regionales ya presenta una data sobre los seis años).

Respecto a una de las solicitudes de mayor relevancia, cual es, indicar los modos en que han terminado los reclamos en contra de lo obrado por las comisiones regionales y su frecuencia, desagregados por años (2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018), simplemente se informó que no existen registros.

En suma, la escasa información de libre acceso al público sobre la CONAPPREM (por ejemplo, carece de una página web en la que se indique su existencia, señalen sus funciones y establezcan herramientas para presentar denuncias), la falta de vinculación con el medio (de acuerdo a lo revisado en el apartado 5.2) y que hasta la fecha no exista un protocolo para sustanciar los reclamos contra lo obrado por las comisiones regionales, obstaculiza que las personas cuyos derechos han sido violados en contextos de prestaciones psiquiátricas y sus familiares puedan obtener reparación. Esta situación importa una serie de incumplimientos a las obligaciones sobre la materia en análisis adquiridas por el Estado, pues la falta de información o de vías para reclamar en contra de lo obrado por las comisiones regionales resta eficacia a esta institucionalidad.

5.9. Revisión de indicaciones y aplicaciones de tratamientos invasivos e irreversibles

Mediante la solicitud de acceso a la información pública 5068, se requirió a la CONAPPREM los siguientes datos, a fin de determinar el cumplimiento de las funciones establecidas en el artículo 28, inciso primero, letra f) de la Ley 20.584:

- Esterilizaciones de mujeres con discapacidad mental menores de 18 años.
- Esterilizaciones de mujeres con discapacidad mental mayores de 18 años
- Esterilizaciones de hombres con discapacidad mental menores de 18 años.
- Esterilizaciones de hombres con discapacidad mental mayores de 18 años.
- Indicaciones de psicocirugía.
- Indicaciones de terapia electroconvulsivante.

Sobre la revisión de esterilizaciones, la CONAPPREM informó que su intervención se enfoca en la prevención de situaciones que pudieran significar una práctica errónea, discriminatoria o abusiva en contra de las personas con discapacidad que carecen de la posibilidad de consentir; y que, en este sentido, la complejidad de estos casos se relaciona con la delegación del consentimiento a terceros, a fin de que puedan sustituir la voluntad de la persona que será sometida al procedimiento de esterilización. Sobre el número de casos revisados, la CONAPPREM informó las siguientes cifras:

Tabla 8. Solicitudes de esterilización quirúrgica 2015-2017

Año	Recibidas	Aprobadas	Rechazadas
2015	6	1	5
2016	14	7	7
2017	4	3	1

Fuente. Respuesta de la CONAPPREM a la solicitud de acceso a la información pública 5068

Respecto a las autorizaciones de psicocirugías, la Comisión informó que “son menos frecuentes que las de esterilización quirúrgica. Entre 2010 y 2017 llegaron seis casos para revisión del procedimiento de psicocirugía, de los cuales cinco no cumplieron con los antecedentes requeridos por la Norma Técnica respectiva y uno está pendiente porque los antecedentes incompletos no permiten una deliberación concluyente”.

Con todo, la gravedad de la respuesta de la CONAPPREM sobre estos puntos guarda menos relación con las cifras indicadas que con aquellas respecto de las cuales no maneja antecedentes: “aunque no se cuenta con evidencia concluyente sino anecdótica y parcial, se estima que, al igual que en el caso de las esterilizaciones quirúrgicas, existen muchas intervenciones invasivas e irreversibles que se realizan en forma inconsulta. Es decir, las solicitudes no son enviadas a la CONAPPREM para la revisión de su aplicación y tampoco existe información de que sean revisadas por el comité de ética del respectivo establecimiento, requisito previo a la revisión por parte de la Comisión Nacional, de acuerdo con el protocolo normativo vigente”.

Tal afirmación de la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM destaca por su gravedad. De ella se desprende que las comisiones regionales de protección no efectúan suficientes acciones de visita y supervisión de las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica e intelectual, según lo dispuesto en el artículo 29, inciso segundo, de la Ley 20.584, a fin de detectar que la práctica de procedimientos irreversibles, como la esterilización quirúrgica y la psicocirugía, se realice de modo restrictivo, solo en casos donde su justificación esté más allá de cualquier duda razonable, con pleno respeto a los derechos de las personas con discapacidad mental y posibilitando la revisión por la CONAPPREM. Esto permitiría, en definitiva, que no se produjeran intervenciones tan lesivas e intensas como las que se han venido comentando sin respetar las exigencias que la ley establece.

5.10. Revisión de hechos que involucren vulneración de derechos

Por último, se requirió a la CONAPPREM una serie de datos que permitieran evaluar la función dispuesta en el artículo 29, inciso primero, letra f) de la Ley 20.584, según la cual puede revisar hechos que involucren vulneración de derechos de las personas y muertes ocurridas durante la hospitalización psiquiátrica.

En este sentido, se solicitó el número de revisiones de hechos que involucren vulneración de los derechos de las personas durante hospitalizaciones psiquiátricas en el sector público durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 (numeral 7.1 de la tabla 7); número de revisiones de hechos que involucren vulneración de los derechos de las personas durante hospitalizaciones psiquiátricas en el sector privado durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 (numeral 7.2 de la tabla 7); número de revisiones de muertes durante hospitalizaciones psiquiátricas en el sector público durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 (numeral 7.3 de la tabla 7); y número de revisiones de muertes durante hospitalizaciones psiquiátricas en el sector privado durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018 (numeral 7.4 de la tabla 7).

La Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM respondió en términos gruesos estos diversos aspectos: “los hechos investigados por situaciones de muerte ocurridas durante la hospitalización se refieren fundamentalmente al Instituto Psiquiátrico José Horwitz de Santiago y al Hospital Phillippe Pinel de Putaendo”.

Sobre el Instituto Horwitz, la CONAPPREM informó lo siguiente:

En el Instituto Psiquiátrico Horwitz se han producido 3 fallecimientos (2008, 2011 y 2013), en los que de acuerdo a los antecedentes reunidos por la Comisión habría existido vulneración de derechos. El año 2017, luego del nombramiento de un médico encargado de la coordinación de los asuntos que el Instituto debía tratar con la CONAPPREM, la Dirección de este recinto hospitalario entrega una respuesta oficial sobre las gestiones realizadas a fin de atender debidamente situaciones de este tipo. En otros casos, luego de un sumario administrativo, se llegó a un acuerdo simbólico de mediación entre el Instituto y la familia de la víctima. En relación con el tercer caso, se efectuó un sumario administrativo.

En relación al Hospital Psiquiátrico Pinel, la CONAPPREM informó lo siguiente:

Esta unidad hospitalaria también ha sido objeto de investigación por un largo período, efectuándose visitas de supervisión e inquiriendo información. Alrededor del año 2014, se suicidaron tres personas en diversas fechas. Por otra parte, se evidenció falta de cuidado de una usuaria, que murió a consecuencias de quemaduras por una estufa que no tenía ningún tipo de protección. Se efectuó auditoría médica. No arrojó un resultado óptimo en donde se establecieran responsabilidades. Al año siguiente, falleció otra persona en circunstancias no del todo claras. Seguimos investigando.

La información señalada por la CONAPPREM es criticable desde diversos puntos de vista. En primer lugar, no se responde en términos estrictos a las diversas materias requeridas en virtud de la solicitud 5068. En segundo lugar, y siendo más relevante, preocupa la laxitud con que ha venido abordando la investigación de hechos tan graves como muertes de pacientes en contextos de atención psiquiátrica, al punto de indicar que las pocas investigaciones efectuadas al respecto solo se han desarrollado en sede administrativa y que han terminado con “acuerdos simbólicos” o que simplemente no se ha podido establecer responsabilidades frente a tan delicadas circunstancias. Lo señalado significa un incumplimiento grave del derecho a las garantías judiciales (artículo 8 CADH) y del derecho a la protección judicial (artículo 25 CADH), en relación a lo sostenido por la Corte IDH en la sentencia

del caso *Ximenes Lopes versus Brasil*. En tercer lugar, de acuerdo a la información otorgada por la Secretaría Ejecutiva de la CONAPPREM, esta entidad no está ejerciendo sus facultades de revisión y fiscalización respecto de prestadores de salud privados, a pesar de que está facultada expresamente para ello y que ese deber es reclamado por el derecho internacional de los derechos humanos, ya que la obligación de regular y fiscalizar a las instituciones que otorgan prestaciones de salud se extiende respecto a prestadores públicos y privados.

6. CUMPLIMIENTO DE FUNCIONES DE LAS COMISIONES REGIONALES DE PROTECCIÓN

Tal como en el caso de la CONAPPREM, se requirió a la Subsecretaría de Salud Pública una relevante cantidad de información para analizar el cumplimiento de las funciones que la ley encomienda a las comisiones regionales de protección, en virtud del artículo 29, inciso segundo, de la Ley 20.584. Con este propósito, mediante la solicitud de acceso a la información pública 5069, del 10 de mayo de 2018, se pidieron los datos que se detallan en la tabla 9.

Al igual que en los casos anteriores, esta solicitud no fue contestada en los plazos ordinarios indicados por la Ley 20.285, por lo cual se presentó un reclamo de amparo ante el CPT (C2597-18, del 13 de junio de 2018) y en este marco se consiguió parte de la información solicitada. Es necesario mencionar que, en comunicación extraoficial con la Unidad de Transparencia de la Subsecretaría de Salud Pública, se tomó conocimiento de que el retraso en la entrega de esta información se debió a que la solicitud fue derivada a cada Secretaría Regional Ministerial de Salud del país, a fin de conseguir los datos sobre el cumplimiento de las funciones por parte de las comisiones regionales. Sobre la base de esta circunstancia, es dable presumir que la CONAPPREM concentra y sistematiza escasa información sobre las actividades que desarrollan las comisiones regionales.

Se hace presente que la mayoría de las comisiones regionales aportaron información, salvo la dependiente de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de Arica y Parinacota.

Por otra parte, también se debe señalar que la calidad de la información aportada por las diversas comisiones de protección es disímil entre sí, lo que imposibilita un análisis comparativo de carácter exhaustivo entre el cumplimiento de sus funciones y las obligaciones de derechos humanos que recaen sobre esta clase de institucionalidad.

El único dato entregado por todas las comisiones regionales fue la cantidad de visitas y supervisión de instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a

personas con discapacidad psíquica o intelectual, conforme a lo dispuesto en el artículo 29, inciso segundo, letra a) de la Ley 20.584. Las cifras reportadas por las Comisiones se consignan en la tabla 10.

Tabla 9. Información solicitada a la Subsecretaría de Salud Pública para evaluar el cumplimiento de las funciones de las Comisiones Regionales de Protección

<i>Art. 29, letra a) Efectuar visitas y supervisar las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a personas con discapacidad psíquica o intelectual.</i>
1.1. Informar el número de visitas efectuadas por cada una de las comisiones regionales durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
1.2. Informar sobre el número de supervisiones a las instalaciones y procedimientos relacionados con la hospitalización y aplicación de tratamientos a personas con discapacidad mental durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
<i>Art. 29, letra b) Revisar las actuaciones de los prestadores públicos y privados en relación a las hospitalizaciones involuntarias y a las medidas o tratamientos que priven a la persona de desplazamiento o restrinjan temporalmente su contacto con otras personas, y controlar dichas actuaciones, medidas y tratamientos periódicamente.</i>
2.1. Informar el número de revisiones de las actuaciones de prestadores públicos y privados en relación a las hospitalizaciones involuntarias y a las medidas o tratamientos que priven a la persona de desplazamiento o restrinjan temporalmente su contacto con otras personas, efectuadas por cada una de las comisiones regionales durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
2.2. Informar el número de revisiones en las cuales se hubieren detectado irregularidades en las hospitalizaciones involuntarias y en las medidas o tratamientos que priven a la persona de desplazamiento o restrinjan temporalmente su contacto con otras personas, durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
2.3. Informar el número de revisiones que hubieren dado inicio a investigaciones administrativas o a acciones judiciales, durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
<i>Art. 29, letra c) Revisar los reclamos que los usuarios y cualquier otra persona en su nombre realicen sobre vulneración de derechos vinculados a la atención en salud.</i>
3.1. Informar el número de reclamos que cada una de las comisiones regionales hubiere recibido durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018; desagregando la información conforme a las siguientes categorías: - Número de reclamos presentados por los propios afectados. - Número de reclamos presentados por terceros. - Número de reclamos por situaciones que hubieren afectado a personas menores de 18 años. - Número de reclamos por situaciones que hubieren afectado a mujeres.
<i>Art. 29, letra d) Emitir recomendaciones a la Autoridad Sanitaria sobre los casos y situaciones sometidos a su conocimiento o revisión.</i>
4.1. Informar y entregar copia de las recomendaciones efectuadas a la Autoridad Sanitaria, durante 2015, 2016, 2017 y hasta abril de 2018.
<i>Art. 29, letra e) Recomendar a los prestadores institucionales e individuales la adopción de las medidas adecuadas para evitar, impedir o poner término a la vulneración de los derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual.</i>
5.1. Informar y entregar copia de las recomendaciones que las comisiones regionales hubieren efectuado a los prestadores institucionales e individuales.

Fuente: solicitud de acceso a la información pública 5069

Tabla 10. Número de visitas realizadas por las Comisiones Regionales entre 2015 y abril de 2018

	Visitas
Tarapacá	3
Antofagasta	14
Atacama	1
Coquimbo	0
Valparaíso	20
O'Higgins	1
Maule	0
Biobío	5
Araucanía	1
Los Lagos	10
Los Ríos	3
Aisén	3
Magallanes	3

Fuente. Múltiples respuestas a la solicitud de transparencia 5069

CONCLUSIONES

En nuestro país, el desarrollo normativo sobre la proscripción de la tortura es reciente. De hecho, mediante la publicación de la Ley 20.968, el 22 de noviembre de 2016, recién se tipificó el delito de tortura y de tratos crueles, inhumanos y degradantes. Por otro lado, continúa en el Congreso Nacional el trámite de la iniciativa legal que designa al INDH como mecanismo nacional para la prevención de la tortura (Boletín 11245-17). Sin embargo, en el ámbito internacional estas materias reconocen un amplio desarrollo, extendiéndose, incluso, a hipótesis que sobrepasan los marcos habituales en los que solía circunscribirse la práctica de esta actividad ilícita, por ejemplo, como método para provocar confesiones y aplicar tormentos a prisioneros. En este sentido, la comunidad internacional ha reconocido que la tortura puede estar motivada por consideraciones discriminatorias y que las personas con discapacidad mental, especialmente cuando viven en contextos de custodia institucional, están en un mayor riesgo de sufrir violencia y abusos.

En este panorama general, el Estado debe proteger los derechos de las personas con discapacidad a fin de prevenir que puedan ser

sometidas a tortura y tratos de similar naturaleza en el contexto de prestaciones psiquiátricas. De este modo, los estándares de derechos humanos señalan algunas obligaciones básicas: adopción de medidas para prohibir la tortura en contra de las personas con discapacidad y generar mecanismos de rendición de cuentas que permitan prevenirla, pero también detectarla, investigarla, sancionar a los responsables de su comisión y reparar a las víctimas.

La existencia de la CONAPPREM y las comisiones regionales de protección, determinadas en su configuración actual por la Ley 20.584, podrían ejercer un importante rol respecto a las obligaciones estatales mencionadas en el párrafo anterior, siempre que su diseño orgánico y la ejecución de sus funciones respondiera a ciertas consideraciones mínimas de las que actualmente carecen.

Uno de los principales problemas de estas comisiones es su falta de autonomía respecto del Ministerio de Salud. Esta condición orgánica está lejos de ser simplemente un tecnicismo jurídico, sino que es un aspecto que obsta el adecuado ejercicio de las funciones que la ley otorga a la CONAPPREM, las que se extienden hasta la revisión de las acciones y procedimientos que ejecutan las diversas unidades hospitalarias y de atención médica (específicamente psiquiátrica) que dependen de los múltiples servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, de los cuales, a su vez, tienen dependencia las comisiones regionales de protección y los funcionarios que las integran. La carencia de autonomía funcional u orgánica debe sumarse a la falta de un presupuesto para la CONAPPREM y las comisiones regionales de protección, lo que también obsta o imposibilita que estos órganos desempeñen adecuadamente sus funciones.

A partir de las complejidades estructurales mencionadas, se deriva una serie de deficiencias en el cumplimiento de las funciones que la ley encomienda a la CONAPPREM:

- Escasa o nula vinculación con personas naturales y jurídicas ajenas al sistema público de salud.
- Deficiencias graves en lo que respecta a la defensa de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, pues no ha promovido denuncias ni instrucciones de sumarios, desde 2015 a la fecha.
- Carece de facultades resolutivas.
- Escasa o nula vinculación con otros organismos públicos que podrían complementar de modo importante la ejecución de las facultades que la ley le otorga.
- Resulta preocupante que, desde 2015 a la fecha, no se hubiesen recibido denuncias en contra de lo obrado por las comisiones regionales. En este sentido, la CONAPPREM no ha desarrollado

los protocolos necesarios para asegurar que las potenciales víctimas puedan presentar tales reclamos ni ha precisado que el medio actual para canalizar estas mismas denuncias es a través de las propias comisiones regionales de protección.

- Conforme a los datos proporcionados por la CONAPPREM, se advierte que ejerce un escaso control sobre la indicación de procedimientos invasivos e irreversibles a los cuales se somete a las personas con discapacidad psicosocial.
- Escasas y deficientes revisiones de violaciones de derechos y muertes de personas ocurridas durante hospitalizaciones psiquiátricas.
- Nula o escasa fiscalización de instituciones privadas que ofrecen atención psiquiátrica para personas con discapacidad mental.

Otro aspecto que resulta preocupante es que la CONAPPREM concentra y procesa poca información sobre las comisiones regionales de protección (razón por la cual fue necesario derivar a cada Secretaría Regional Ministerial de Salud la solicitud de acceso a la información pública 5069 para que fuera contestada). Por su parte, la información brindada por cada una de estas secretarías, de la cual depende la comisión regional de protección respectiva, es disímil entre sí, lo que indica que no han desarrollado métodos estandarizados de sus registros, cuestión que permitiría, a la postre, determinar precisamente el modo en que estos órganos cumplen –o no– con sus funciones.

Por último, de acuerdo a la información aportada por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, el desempeño de cada una de las comisiones regionales de protección es distinto. El único dato aportado por todas las secretarías y que permite una cierta comparación entre comisiones es la cantidad de visitas para supervisar instalaciones, hospitalización y tratamientos a personas con discapacidad mental: mientras la Comisión Regional de Valparaíso realizó veinte visitas entre 2015 y abril de 2018, las de Coquimbo y Maule no efectuaron ninguna. Conforme a este indicador, es dable presumir que los esfuerzos desplegados por la CONAPPREM en aras de coordinar el trabajo de las comisiones regionales son aún insuficientes. A futuro, la CONAPPREM debiera orientarse a la generación de planes de trabajo comunes para todos estos órganos locales, a metas asociadas y al registro de medios de verificación del cumplimiento de las funciones que la ley les encomienda.

En suma, la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental o psicosocial que se enfrentan al sistema psiquiátrico no ha sido suficientemente asegurada por el Estado. Subsisten brechas legales y reglamentarias que no han sido modificadas conforme a las obligaciones de derechos humanos que el Estado ha suscrito y la

institucionalidad que existe para prevenir, investigar, sancionar y reparar a las víctimas de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes en contextos de atención psiquiátrica –la CONAPPREM y las comisiones regionales de protección– no reúnen las condiciones necesarias para un adecuado cumplimiento de sus facultades.

Sería deseable que la discusión parlamentaria que actualmente se desarrolla, respecto al proyecto de ley que designa al INDH como mecanismo nacional para la prevención de la tortura, incluyera las materias abordadas en este capítulo, a fin de asegurar estándares mínimos de protección de las personas con discapacidad mental.

RECOMENDACIONES

En base a lo expuesto en este capítulo, se recomienda al Estado lo siguiente:

1. Revisar el diseño orgánico de la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de las comisiones regionales de protección, con el propósito de dotarlas de autonomía y presupuesto para el cumplimiento de sus funciones; y cambiar la nomenclatura mediante la cual se designa a estas comisiones, a fin de desechar el uso de términos que estigmatizan la discapacidad mental o psicosocial.
2. Considerar en los marcos legales para la prevención de la tortura y otros tratos de similar naturaleza, que actualmente se discuten en el Congreso Nacional, que estas graves violaciones a los derechos humanos se pueden llevar a cabo en contextos de atención psiquiátrica, dándole expresa competencia al Mecanismo Nacional para la Prevención de la Tortura para efectuar visitas, supervisiones y revisiones en todos los establecimientos de atención psiquiátrica, ya sean abiertos o cerrados, o dependan de prestadores públicos o privados.
3. Que la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales desarrolle los instrumentos y protocolos necesarios para recibir denuncias en contra de lo obrado por las comisiones regionales de protección, y que cumpla eficazmente con el mandato de coordinar el funcionamiento de dichas entidades.
4. Que la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales se vincule de modo estrecho con otros organismos públicos que podrían auxiliarla en el cumplimiento de su función de defensa de los derechos de las personas con enfermedad psicosocial, a fin de que las víctimas

de abuso, violencia, tortura y tratos de similar naturaleza en contextos de prestaciones psiquiátricas, puedan alcanzar justicia y reparación en términos adecuados y oportunos.

5. Que la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales mejore los procedimientos mediante los cuales sistematiza información sobre su propia actividad y la de las comisiones regionales de protección.
6. Que la Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales genere un plan de acción, con participación ciudadana, asociado a metas y verificadores, para asegurar que las comisiones regionales de protección ejecuten efectivamente sus funciones.