

**REF.: INICIATIVA
CONVENCIONAL
CONSTITUYENTE QUE
ESTABLECE EL
RECONOCIMIENTO DE LAS
PERSONAS
NEURODIVERGENTES.**

Santiago, 31 de enero del 2022

DE: GRUPO DE 16 CONVENCIONALES CONSTITUYENTES.

A: MESA DIRECTIVA DE LA CONVENCIÓN CONSTITUCIONAL.

I. VISTOS:

1. Que, el Párrafo 2° del Título IV del Reglamento General de la Convención Constitucional establece las iniciativas constituyentes para la elaboración de las normas constitucionales.
2. Los artículos 81 y siguientes del Reglamento General de la Convención Constitucional permiten que las y los convencionales constituyentes puedan presentar iniciativas de normas convencionales constituyentes a la Mesa Directiva, a través de la Oficina de Partes de la Secretaría de la Mesa Directiva.
3. Que, el artículo 83 del Reglamento General de la Convención Constitucional exige que las iniciativas convencionales constituyentes sean presentadas con fundamento, por escrito, con articulado y dentro de plazo.
4. Que, a su vez, el mismo artículo 83 del Reglamento General de la Convención Constitucional exige que las iniciativas convencionales constituyentes no pueden ser firmadas por menos de ocho ni por más de dieciséis convencionales constituyentes.
5. Por último, que en este mismo acto venimos a solicitar su distribución a la comisión n° 4 de **Derechos Fundamentales**.

1. ANTECEDENTES

Comprensión de la neurodiversidad

Nick Walker (2014) señala que la neurodiversidad es una forma natural y valiosa de diversidad humana. La idea de que hay un tipo de cerebro o mente "normal" o "saludable", o un estilo "correcto" de funcionamiento neurocognitivo, es una construcción cultural, no más válida (y no más propicia para una sociedad sana o al bienestar general de la humanidad) que la idea de que hay una etnia, género o cultura "normal" o "correcta". Además, agrega que las dinámicas sociales que se manifiestan con respecto a la neurodiversidad son similares a las dinámicas sociales que se manifiestan con respecto a otras formas de diversidad humana (por

ejemplo: diversidad de etnia, género o cultura). Estas incluyen la dinámica de las desigualdades de poder social, y también la dinámica por la cual la diversidad, cuando se acepta, actúa como una fuente de potencial creativo.

El concepto de un “cerebro normal” o una “persona normal” no es más imparcial en su validez científica – y no cumple con mejor propósito – que el concepto de una «raza superior». En el contexto de la diversidad humana (étnica, cultural, sexual, neurológica, o de cualquier otro tipo), el tratar a un grupo en particular como el grupo “normal” o el grupo estándar inevitablemente sirve para privilegiar a ese grupo y para marginar a los que no pertenecen a ese grupo (Walker, N. 2012).

Aunque el término neurodiversidad se desarrolló originalmente dentro de la comunidad autista, el *paradigma de la neurodiversidad* no se trata exclusivamente del autismo, sino de todo el espectro de la variación neurocognitiva humana. El Paradigma como tal, se encuentra fundamentalmente alineado con el modelo social de la discapacidad, ésta entendida como el resultado de fallas de acomodaciones, las actitudes sociales y las barreras sistémicas, las que entran en conflicto con las necesidades, rasgos y las habilidades de grupos específicos e individuos (Walker, 2016).

En este orden de ideas, el modelo social de la Discapacidad y el paradigma de la neurodiversidad surgen a partir de una crítica fundada al paradigma de la patología, que ya había sido ampliamente cuestionado desde los años 60 en adelante por los propios usuarios afectados por las prácticas institucionales, sanitarias y terapéuticas de la psiquiatría. Fueron aquéllos que, asumiendo una postura crítica respecto a la patologización de sus estados mentales y emocionales, los que emprendieron una difícil e inagotable campaña de denuncia al control paternalista y prácticas coactivas de que eran objeto en los servicios de salud. En la década de los 90 nace la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría (World Network of Users and Survivors of Psychiatry), organismo que participó activamente en la elaboración de la Convención Internacional de DDHH de las personas en situación de discapacidad, y quienes reivindicaron el derecho a hablar y decidir por sí mismos, demandando enérgicamente, el reconocimiento de su igualdad y autonomía en todos los ámbitos de la vida (Figuroa, 2017).

No es sino, a partir de este contexto, de forma conjunta con los movimientos reivindicativos de la discapacidad, que surge el Movimiento de la neurodiversidad, que viene a representar a quienes suscriben al *paradigma de la neurodiversidad* y al *modelo social de discapacidad*, como un movimiento de justicia social que busca derechos civiles, igualdad, respeto y plena inclusión social para los neurodivergentes (Walker, 2016). Dicho contexto social y político dio paso al término “**neurodivergente**”, acuñado por primera vez por la activista Kassiana Sibley, el que no significa otra cosa que *tener un cerebro que funciona en maneras que divergen significativamente de los estándares sociales de “normalidad”* (Walker, 2016).

El término neurodivergente viene a identificar a un sector ampliamente estigmatizado y silenciado que -dentro del amplio espectro de la Discapacidad- poseen un diagnóstico que refiere a una discapacidad psicosocial, diagnósticos de salud mental y las discapacidades del neurodesarrollo, como el autismo, el síndrome de down, la parálisis cerebral, y otras, como el TDAH y más.

La *neurodivergencia* -el estado de ser neurodivergente- puede ser en gran medida o completamente genético o innato, o puede ser producido por una experiencia que alteró el cerebro, o alguna combinación de ambas. El autismo y la dislexia son ejemplos de formas innatas de neurodivergencia, mientras que alteraciones en el funcionamiento cerebral causadas por trauma, son formas de neurodivergencia producidas a través de la experiencia (Walker, N. 2016).

La discapacidad y todas sus manifestaciones representan identidades y realidades heterogéneas que no pueden obviarse. La CDPD-ONU reconoce que la discapacidad es un concepto en evolución y debe estar abierto a su revisión a la luz de la aparición de estas nuevas identidades que reclaman un igual reconocimiento.

Discapacidad, Salud Mental y Derechos Humanos

En una aproximación histórica de las formas de comprender y abordar la discapacidad, es importante precisar que los modelos de atención se han ido modificando paulatinamente. Uno de los primeros modelos aplicados fue el de Prescindencia, que se basa en una justificación religiosa para la discapacidad, y la consideración de que la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la comunidad. Este modelo, en su búsqueda por mejorar, pasa al Modelo Rehabilitador, en el cual las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, ahora existe una consciencia social de que pueden ser un aporte a la comunidad, ello en la medida en que sean rehabilitadas o normalizadas, persistiendo el uso del paradigma biomédico (Palacios, 2008).

El rechazo de la posición hegemónica del paradigma asistencialista-biomédico generó la definición del *modelo social de discapacidad*, el que permitió establecer los principios de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este plantea que **no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad**, marcando la evolución de una perspectiva médica o asistencialista a un enfoque de derechos humanos. Este cambio promovió garantías a las personas con discapacidad, definió ampliamente el principio de accesibilidad universal, la autodeterminación en la toma de decisiones que influyen en su vida y la reparación en situaciones que atenten contra sus derechos fundamentales (Palacios, 2008).

Los movimientos sociales han cumplido un papel imprescindible al momento de generar los grandes cambios en los estados democráticos (Reichman y Fernandez, 1994; Parra, 2005), así también como dentro de los marcos normativos de organismos internacionales que velan por los Derechos Humanos. Estos, desde la reivindicación de sus voces (Figuroa, 2017), han logrado posicionar sus cuestionamientos al constructo de la “normalidad”, que históricamente ha violentado su identidad y segregado su existencia, ocultándolos en espacios intramuros, en “manicomios” químicos y físicos y alejándolos de entornos familiares, sociales, comunitarios y laborales. (Minoletti et al, 2014; Castillo, 2019; Cea et al, 2016; Cea, 2019).

A nivel internacional, nacional y local estos movimientos cuestionan los elementos estructurales que les imposibilitan ejercer su autonomía en un plano de igualdad, rechazando cualquier privación del ejercicio de sus derechos amparada en su condición mental (Figuroa,

2017). Siguiendo a Chamberlin (2016), una vocera de estos movimientos, la orientación principal de este activismo radica en que todas las leyes, mecanismos y prácticas que inducen a la discriminación de personas rotuladas como “enfermos mentales” necesitan ser cambiadas: “(...) con esa finalidad, todas las leyes de internación, leyes de tratamientos forzosos, defensas de la demencia, y otras prácticas similares, deberán ser abolidas” (p.6). De allí la importancia de tener las adecuaciones y criterios para modificar la cultura de la discriminación.

Estos movimientos también han generado aportes teóricos y/o legislativos importantes que inciden en la forma en que se legisla o se actúa en torno a la salud mental, el bienestar/ malestar subjetivo, la discapacidad/diversidad psicosocial y el paradigma de la neurodiversidad, entendidas estas en un marco ciudadano y político. Prueba de ello son las distintas contribuciones de participantes de los servicios de salud mental en Inglaterra para sus políticas públicas (King’s Fund, 2014), la elaboración teórica de Nick Walker (2014) sobre el paradigma de la neurodiversidad, la comprensión de la diversidad psicosocial desde Redesfera (2020), el Manual de Derechos en Salud Mental (2015) elaborado por el colectivo “Locos por nuestros derechos” en Chile, por mencionar algunos. Estos distintos aportes enriquecen y al mismo tiempo tensionan los cuerpos jurídicos, comprensiones y prácticas institucionalizadas debiendo estos actualizarse y reconocer la necesidad urgente de cambio del paradigma hegemónico, declarado “patologizante”.

Como se ha señalado, el activismo de derechos humanos relacionado con este marco conceptual ha centrado su crítica en el modelo biomédico psiquiátrico que ha impactado negativamente en el ejercicio de sus derechos y ha evitado la generación de una normativa que vaya en concordancia con los principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006). Evidencia de ello es la Ley N°21.331 “Del reconocimiento y protección de los Derechos a las personas a la salud mental”, promulgada en abril de 2021, que fue elaborada sin participación de expertos por experiencia -negando una efectiva defensa- que impulsó la presentación del protocolo de alerta temprana ante Naciones Unidas, además de una revisión crítica por parte de organizaciones de salud mental y discapacidad psicosocial aunadas en la Mesa Metropolitana de Derechos Humanos en Salud Mental, quienes presentaron un documento al Instituto Nacional de Derechos Humanos (Informe de Observaciones al Proyecto de Ley Boletín 10563-11/10755-11) en el cual se constata la mantención de una mirada asistencialista y biomédica en su redacción.

A pesar de estas luchas el sistema sanitario institucional, público y privado, sigue utilizando lenguaje patologizante y discriminatorio y no reconoce el pleno derecho y goce desde la capacidad jurídica, lo que además provoca deterioro en la salud mental de sus entornos, al enfrentarse al prejuicio constante. Ello implica que este modelo limita el ejercicio de sus derechos, anula su voluntad, prioriza la institucionalización e impide la igualdad de participación en todos los ámbitos de la vida (Informe de observaciones al Estado de Chile, Comité Derechos Humanos de Discapacidad, ONU, 2016).

El Primer Diagnóstico en Chile de la situación de las personas con discapacidad mental (Minoletti et al, 2014) lo documenta como un problema social de importancia que obliga a generar políticas que favorezcan el ejercicio de sus derechos de acuerdo a los lineamientos de

la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006). El informe acredita también importantes vulneraciones a dichos derechos. Además de la ausencia del reconocimiento legal de su capacidad jurídica, según la ONU estas vulneraciones alcanzan su punto más alto en las relacionadas con las internaciones forzadas, la mortalidad asociada a tratamientos y a estadía en camas psiquiátricas, las esterilizaciones forzadas y la violencia sexual por parte de las instancias sanitarias (ACNU, 2021).

La amalgama entre salud mental, diversidad psicosocial y las graves vulneraciones de derechos prevalentes en Chile genera un complejo y particular panorama que se diferencia de las otras situaciones de discapacidad, el que justifica el reconocimiento diferenciado de las condiciones de la población afectada por situaciones de salud mental y discapacidad psicosocial y/o mental, grupo que fue reconocido por la ley 20.422 como de especial vulnerabilidad o, mejor dicho, con mayores probabilidades de ser vulnerado en sus derechos dadas las condiciones y trato de nuestra sociedad.

Referencias del marco jurídico constitucional internacional

En el resguardo de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial y del neurodesarrollo, podemos considerar los avances en esta materia llevados a cabo por España y Argentina.

La Constitución española de 1978 reconoce en su artículo 43, apartado 1, el derecho a la protección a la salud, y en su apartado 2 se incluye un mandato a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En los años 80 instaura la “Reforma Psiquiátrica”, que desinstitucionaliza la práctica de exclusión por internaciones, a fin de promover un paradigma de prevención e inclusión. Asimismo, en el artículo 49° se contempla un nuevo mandato a los poderes públicos para que lleven a cabo una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de personas con diversidad funcional a las que prestarán la atención especializada que requieran y las ampararán especialmente para el disfrute de los derechos reconocidos en el Título I de la Constitución. Esto significó políticas que se proyectan en una pluralidad de ámbitos diferenciados de la vida ciudadana (laborales, culturales, vivienda, educación, ocio, deportes, etc.).

Por su parte, en Argentina el derecho a la salud tendrá también basamento constitucional, considerando la actual redacción del artículo 42° de la Constitución Nacional. Allí se alude a que los consumidores y usuarios tienen derecho en sus relaciones de consumo a la protección de la salud y establece la obligación para las autoridades públicas de hacer lo conducente para la protección de este derecho. También podemos mencionar como vinculado al derecho a la salud la obligación del Estado a proteger el derecho de los habitantes a gozar de una ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano, según reza el artículo 41 del mismo texto. La reforma constitucional de 1994 nos brinda otra cobertura a la protección del

derecho a la salud con la inclusión de los tratados internacionales sobre derechos humanos, de acuerdo a lo normado en la nueva redacción del artículo 75 inciso 22 de la Carta Magna.

Además de las experiencias locales, existen antecedentes institucionales internacionales exitosas que responden a la pertinencia cultural y local de los lugares en que se desarrolla y que, por lo mismo, generan actitudes y marcos para implementarlas en nuestra realidad. Así es el caso del trabajo que se hace en Norte de Finlandia con el enfoque centrado en las necesidades y el diálogo abierto en los ámbitos sanitarios y educacionales (Seikkula & Arnkil, 2015), los que han incidido potentemente en la inserción laboral (Jaakko Seikkula, Birgitta Alakare y Jukka Aaltonen, 2001). En Latinoamérica, esto se relaciona con prácticas locales y activistas de Buen Vivir (Varea & Zaragocin, 2017)

2. FUNDAMENTOS

A la fecha, el Estado de Chile no reconoce desde la integralidad y capacidad jurídica la discapacidad psicosocial y del neurodesarrollo, o en su acepción más actual, la *neurodivergencia*, bajo el marco de Derecho Humano Internacional consagrado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), manteniéndose problemáticas profundas tales como:

- El Estado de Chile mantiene la aplicación de un paradigma que no es coherente con el enfoque de derechos humanos internacional sobre la discapacidad, usando terminología patologizante y vulneradora de la dignidad humana y condicionando el actuar del Estado y de toda la institucionalidad de forma hegemónica y transversal.
- Negación de la capacidad jurídica que implica consecuencias tales como: internaciones involuntarias, declaración de interdicción, esterilización forzosa, uso de tratamientos farmacológicos y clínicos sin consentimiento informado, contención mecánica, uso de terapia electro convulsiva (TEC), - más conocida como electroschok- uso de terapia de modificación conductual en infancias y adolescencias y; vacíos legales respecto a la supervisión de las prácticas clínicas y uso de intervenciones terapéuticas que atentan contra los derechos humanos de las personas,
- Modelo de intervención biomédico y capacitista validado institucionalmente, que no considera los factores contextuales, ambientales y personales; reduciendo la problemática al individuo. Dicho enfoque no remueve las barreras del entorno, no genera los ajustes razonables ni de accesibilidad universal, aumentando las brechas de inequidad social.
- El Estado carece de un enfoque de género en las corporalidades diversas y femeninas, y especialmente ante dificultades comunicativas, sus procesos identitarios se ven vulnerados.

- Sistemáticamente se priva a las personas en situación de discapacidad el derecho a una sexualidad plena y a sus derechos reproductivos.
- Insuficiencia de garantías y derechos humanos en la infancia y la adolescencia.
- Estigmatización recurrente en la sociedad.
- Inexistencia de mecanismos persecutores y de queja por violación de derechos a personas en situación de discapacidad psicosocial y del neurodesarrollo.

Por ello, **la norma propuesta abarque tres ejes** fundamentales en el reconocimiento de sus derechos;

a) ***Autodeterminación y autonomía***, entendida como lo señala Michael Wehmeyer (1996) “actuar como el principal agente causal de su vida y hacer elecciones y tomar decisiones respecto a la calidad de vida propia, sin Influencias o interferencias externas innecesarias”. Es decir, las acciones autodeterminadas reflejan cuatro características principales que siempre deben aparecer: autonomía, autorregulación, fortalecimiento/empoderamiento y autorrealización.

Estas cuatro características principales surgen a medida que las personas adquieren los elementos componentes de la autodeterminación, entre los que se incluyen; la elección y la toma de decisiones libre e informada, la resolución de problemas con apoyos sentidos, el establecimiento de metas y objetivos en términos propios, la adquisición de habilidades con sentido, el control interno, las atribuciones positivas de las propias iniciativas, las expectativas de resultado, las aptitudes de autogestión y gestión con otros, el autoconocimiento y la autoconciencia (Wehmeyer, 1996a, 1996b, 2001b; Wehmeyer, Kelchner y Richards, 1996), lo que implica es que el estado contribuye a este ejercicio, proveyendo los ajustes necesarios para consolidarlo.

Si bien la mayor parte de nuestros ordenamientos jurídicos se encuentran fundados sobre la base de los valores de dignidad, autonomía, igualdad y —en mayor o menor medida— solidaridad, en el mundo del derecho dichos valores no son contemplados en su esencia y totalidad a la hora de asumir políticas destinadas a las personas con discapacidad psicosocial y del neurodesarrollo, o dicho de otra manera, su aplicación carece de realismo en los mecanismos que se constituyen para asegurar que estos valores se lleven a la práctica, como sucede con el consentimiento informado y su aplicación en la vida real un elemento fundamental para favorecer la autodeterminación de las personas, por mencionar un ejemplo (De la Maza, 2017). Al analizar en profundidad, varias de estas políticas exigen a las personas de forma implícita funcionalidad para acceder al ejercicio pleno de sus derechos humanos y no se comprende la importancia de implementar apoyos y mecanismos situados que permitan cuidar la posibilidad de las personas de realizar sus elecciones en sus términos, con los ajustes necesarios para que ello suceda (Peralta & Arellano, 2014)

b) ***El disfrute de una vida plena*** se consolida a través del principio del Buen Vivir, que se entiende tanto como una forma de vida en plenitud, como una nueva forma de organización

social en armonía, inspirada tanto en la construcción participativa de una utopía basada en la ciudadanía activa y en prácticas locales de resistencia al capitalismo salvaje, como en la cosmovisión andina, derivada de la cultura de los pueblos indígenas, que incluiría los saberes ancestrales, las instituciones tradicionales (como la minga), la espiritualidad, las perspectivas holística, comunitaria y territorial (Hidalgo-Capitán et al, 2012)

Chile, al pertenecer a los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas, y ser firmante Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad debe “promover, proteger y asegurar el pleno disfrute, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por parte de todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (CDPD, 2006, p.4).

c) ***La necesidad de reconocer su identidad, el libre desarrollo de su personalidad y el ejercicio de su capacidad jurídica*** comprendiendo que es un derecho fundamental que permite a las personas tomar sus propias decisiones y construir su propio plan de vida. A su vez, la importancia de la protección a la identidad como grupo humano que emerge en la sociedad implica la participación política directa de los colectivos en primera persona en la política pública.

El Estado debe asegurar la implementación efectiva de ajustes de procedimiento que hagan efectivo el acceso al ejercicio de sus derechos humanos plenos a todas las personas neurodivergentes. Respecto a esto existen dos instrumentos validados a nivel de políticas y mecanismos de aseguramiento de derechos en torno a la autodeterminación: el consentimiento informado (De la Maza, 2017) y las voluntades anticipadas (Silva, 2018; Da Silva y Gomes, 2019; Forero, Vargas y Bernal, 2019). Estos autores consideran que su aplicación y desarrollo local, con pertinencia cultural, los constituye en elementos valiosos para el cuidado de la propia voluntad y determinación y, por lo tanto, importantes a ser considerados de manera transversal en el desarrollo de apoyos a la voluntad, evitando su sustitución.

REFERENCIAS

ACNU (2021), Estudio sobre Salud Mental en Chile: Una revisión de las estadísticas sobre la situación de personas con discapacidad psicosocial e intelectual en el sistema de salud chileno, 2001-2018.

Barraco M. (2021). La discapacidad intelectual y la discapacidad psicosocial como situaciones de vulnerabilidad. Cuadernos electrónico de Filosofía del Derecho CEFD N° 45 <https://ojs.uv.es/index.php/CEFD/article/view/20766/pdf>.

Castillo T. (2019). De la locura feminista al “feminismo loco”: Hacia una transformación de las políticas de género en la salud mental contemporánea. Investigaciones feministas 10 (2): 399-416.

Cea J., Faúndez G., Fredes R., Ormeño, G., B.O.L, B.P.C., Urbina A. y Valderrama C. (2016). Manual de Derechos en Salud Mental.

Cea J. (2019). “Locos por nuestros derechos”: Comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. *Quaderns de Psicologia*, 21(2), e1502. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1502>

Comité para la Prevención de la tortura, INDH, (2020). Informe anual Prevención de la tortura y situación de las personas privadas de libertad en Chile.

Corporación Circulo Emancipador de Mujeres y Niñas con Discapacidad de Chile-CIMUNIDIS, (2016). “Informe alternativo para el examen del Estado de Chile ante el comité de derechos de las personas con discapacidad en su sesión 15°. https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-185-1.PDF.

Chamberlin, J (2016). “Historia Y Presente Del Movimiento De Ex Usuarios De Servicios De Salud Mental”. (Castillo P (tr) Salud Mental y Comunidad, 2016) accedido 30 Octubre 2016

Da Silva R. & Gomes A. (2019). Directivas anticipadas de voluntad: recorrido histórico en América Latina. *Bioética* 27 (1). <https://www.scielo.br/j/bioet/a/j9xLqRQmYnpQWPPn87QfZHh/?lang=es&format=pdf>

De la Maza I, (2017). Consentimiento informado, un poco de realismo. *Revista de Derecho Valdivia*. 30 (2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502017000200005>

Figueroa San Martín, F. (2017) “Voces de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría contenidas en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: un nuevo paradigma abre camino en Chile”. *Revista Latinoamericana en Discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*.

Forero J., Vargas I. y Bernaldes M. (2019). Voluntades anticipadas: desafíos éticos en el cuidado del paciente. *Persona y Bioética* 23 (2). <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.5>

Hidalgo –Capitán (2012). El buen vivir. La (re)creación del pensamiento de PYDLOS.

Locos por nuestros derechos (2015). Manual de derechos en Salud Mental. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Naciones Unidas (1999) Declaración sobre el derecho y el deber de los individuos, los grupos y las instituciones de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales universalmente reconocidos, Nueva York

Naciones Unidas (2006), Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Nueva York.

Organización Panamericana de la Salud, (1990). Declaración de Caracas. Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Washington, D.C. http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción integral sobre salud mental 20013-2020. Ginebra: OMS. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/.

Observatorio de Derechos Humanos en Discapacidad Mental (2014). Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. CEPAL Chile.

Organización Panamericana de la Salud (2014). Plan de acción sobre salud mental. 53.o Consejo Directivo. 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. CD53/8, Resolución CD53.R7. Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28292/CD53-8-s.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud (2018). Atlas de salud mental de las Américas 2017. Washington, D.C.. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49664?locale-attribute=es>.

Organización Panamericana de la Salud, (2020). “Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe”.

Palacios A (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. España, Madrid: Cinca.

Peralta F. & Arellano A. (2014). La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual: situación actual en España. CES Psicología 7 (2): pp. 59-77.

Erro, Javier (2021) Pájaros en la cabeza. Activismo en salud mental desde España y Chile. Editorial La Llevir-Virus.

Reichman J. & Fernández F. (1994). Redes que dan libertad. Introducción a los nuevos movimientos sociales. Buenos Aires, Argentina: Paidós Ibérica.

Rodríguez Gamero, Marco Alonso. (2020). Nuevas perspectivas conceptuales en la afirmación del derecho a la igualdad de las personas con discapacidad mental: una evaluación crítica de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano. Estudios constitucionales, 18(1), 143-210. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002020000100143>

Silva I. (2018). Manifestaciones de voluntad anticipada como mecanismo de apoyo a la toma de decisiones de las personas con discapacidad intelectual, cognitiva, y psicosocial en el ámbito de la salud. Tesis de Magíster en Derecho, Universidad de Chile, Santiago

Varea S. & Zaragocin S. (2017). Feminismo y buen vivir. Utopías decoloniales. Cuenca, Ecuador: Pydlos Ediciones

Walker, N. (2014) “Neurodiversidad: Algunos Términos y Definiciones Básicas”.

Texto original disponible en: <https://neuroqueer.com/>

Walker, N. (2016). “Desechen las Herramientas del Amo: Liberándonos del Paradigma de la Patología”. Traducción disponible en:

<https://neurolatino.wordpress.com/2016/06/08/desechen-las-herramientas-del-amo-liberandonos-del-paradigma-de-la-patologia/>

3. PROPUESTA DE ARTICULADO

ARTÍCULO XX. Las personas neurodivergentes son titulares de todos los derechos, individuales o colectivos, establecidos en esta Constitución y las leyes. Se reconoce y garantiza de manera especial, su autodeterminación y autonomía, el derecho al disfrute de una vida plena, a la identidad, al libre desarrollo de su personalidad y al libre ejercicio de su capacidad jurídica, bajo los principios de buen vivir, equidad, no discriminación, no estigma y de accesibilidad universal.

El Estado asegurará el trato digno y su inclusión en todos los espacios sociales y políticos en igualdad de condiciones, con especial atención a infancias y adolescencias. Además, garantizará el desarrollo de un modelo transversal de apoyos, eliminando las brechas que obstaculicen el goce de su vida plena, estableciendo los ajustes razonables a través de mecanismos especializados y situados para el ejercicio de sus derechos.

4. PATROCINANTES:

 <p>Lorena del Pilar Céspedes Fernández Rut: 12.455.138-2</p>	 <p>Elsa Labraña 12.018.818-6</p>
 <p>Paulina Valenzuela Ríos Rut: 15.843.160-2</p>	 <p>Manuela Royo Rut: 15.383.358-3</p>
 <p>Francisco Caamaño Rojas 17.508.639-0</p>	 <p>Carolina Videla Osorio 10.516.775-k</p>

 <p>Mauricio Daza 12.263.544-9</p>	 <p>Vanessa Hope 13.902.978-k</p>
 <p>Helmuth Jacobo Martínez Llancapán 17.326.566-2</p>	 <p>Jorge Baradit 10.857.619-7</p>
 <p>Julio Álvarez Pinto 8601630-3</p>	 <p>Giovanna Grandón Caro 12.888.957-4</p>
 <p>Carolina Andrea Sepúlveda Sepúlveda Rut: 13.793.459-0</p>	 <p>Benito José Baranda Ferrán Rut: 7.563.691-1</p>
 <p>Gaspar Domínguez Donoso Rut: 19.421.615-7</p>	 <p>Adriana Ampuero 16.507-007-0</p>

ORGANIZACIONES Y ACTIVISTAS QUE ADSCRIBEN A LA INICIATIVA

1. MOVIMIENTO EN DEFENSA DE NUESTRA SALUD MENTAL

Mesa Técnica que apoyó y asesoró esta iniciativa Convencional Constituyente

Lina Gutiérrez Rodríguez
Lorena Berríos Ibacache
Rafael Dresdner Vicencio
Diane Alméras
María José Bravo Martineau
Carolina González Pinochet
Marcela Benavides.

A) ORGANIZACIONES Y MIEMBROS DEL MOVIMIENTO EN DEFENSA DE NUESTRA SALUD MENTAL

1. Asociación Autismo Arica
2. Colectiva Equidad y Género
3. MUMS
4. Agrupación El Reencuentro
5. Fundación Unidamente
6. Corporación Voces - Observatorio de Derechos Humanos en Salud Mental Bio Bio
7. ONG Siendo, Concepción
8. Corporación Agrupación Nacional de usuarios de servicios de salud mental, ANUSSAM
9. Corporación Circulo emancipador de mujeres y niñas con discapacidad de Chile, CIMUNIDIS
10. Paz Martínez Rubio, Comisión Comunicaciones Movimiento Defensa de nuestra Salud Mental
11. Francisco Cortés Díaz, Comisión de DDHH del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Chile.
12. ONG Líderes con Mil Capacidades
13. Sito Lavander Salinas Nuñez, Poeta activista LGTBQIA+
14. Cristian Marcelo Silva , Sociedad Chilena de Psicología comunitaria
15. Centro Cultural La Casa de los Peces
16. Daniela Castro Aravales, Directora Fundación Alteridad Colectiva.
17. Sergio Martínez Gutiérrez, vocero de "Salud en Movimiento" colectivo de trabajadores y trabajadoras de la salud, Iquique.
18. María José Mujica López, Comunidad Radial el Pintoso, Iquique.
19. Dariel Jara , La Revolución de los Afectos
20. Lucila Pizarro, Comisión de DDHH del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Chile
21. Francisca Pesse, Coordinadora Comisión de DDHH del Colegio de Psicólogas y Psicólogos de Chile
22. Margot Borel Reidel. Presidenta Agrupación Asperger Temuco
23. Carolina Leiva, Festival Inclusivo de Artes - FIA; Consultores de Innovación e Inclusión
24. Flor Marina Soto Vásquez, Agrupación de Familiares Carpe Diem. Osorno.
25. Patricia Ochoa Azocar. Coordinadora de Mesa Territorial de Agentes Comunitarias en Salud Mental Juan Marconi
26. Myriam Guzmán González. FUNDACIÓN CHARCOT CHILE
27. Red Centros Comunitarios
28. Paula Andrea Álvarez Rivera, Cecosf Santa Julia
29. Claudio Naranjo Vegara, Cesfam Marco Maldonado
30. Jaime Alfaro. SOCHIPSICO

31. Patricia Requena Gilabert. Red chilena Cultura Viva Comunitaria
32. Diana Diaz Vallejos. CORFAUSAM y CCU Instituto Horwitz Barakrios Hospital de Día Angol (Salud Mental)
33. Yurisan Lagos, SOMOS TAB, Villa Alemana.
34. Mujeres Autoconvocadas de Macul
35. Ruby Reyes, Centro Salud Mental "Rehabilitación y Esperanza"
36. Víctor Ojeda Prufer, Consejo Comunal de la Discapacidad de Angol
37. Juan Reyes Pizarro. Sociedad de Salud Mental Comunitaria de Chile
38. Daniela Donoso, Psicóloga
39. Cosam San José de Maipo
40. Patricia Loredó, Corporación Colectivo Sin Fronteras
41. Paulina Sáez, Fundación Otras Miradas
42. Verónica Cruchet, Corporación Esclerosis Múltiple Chile
43. Nina Quinteros Costa. Comisión Salud Mental de Movimiento Salud en Resistencia
44. Carolina Pérez Soto. Asamblea por el Agua Guasco Alto
45. Gina Cristi, Mujeres Plaza Ñuñoa
46. Jeannette Martínez Paredes, Salud Mental San Antonio
47. Richard Quinteros Pino, Centro de Acompañamiento, Apoyo y Orientación Sexual (CAAOS)
48. Ignacia Gutiérrez Colectivo de Estudiantes por la Salud Mental-COESAM
49. Francisco José Muñoz Martínez, Psicólogo
50. Carla Romero, ONG La Tecla
51. Emmanuel Méndez, COSAM El Bosque
52. Francisco Rojo Cabrera, Colectivo Teatral La Mandrágora
53. Lisette Tricot Lobos, Cooperativa Inclusiva Ruidosos
54. Andrea Yupanqui Concha
55. Francisco Rojo Cabrera
56. José Luis Salas-Herrera
57. Claudio Opazo H. Psicólogo
58. Rodrigo Goycolea Martinic. Director Programa de Drogas de la Facultad de Ciencias de la Salud. U. Central
59. Susy Alejandra Roa Godoy , Juana Angélica Zuñiga Norambuena, Aleli Sempertegui, Casa Club Iquique
60. Cecilia Morovic, Colectivo Regional de Ciegos Araucanía.
61. Jeniffer Linnebrink Vergara, Comité Artesanal y Cultural en archipiélago Artesanos del Arte.
62. Johannes Vera Von Bagen. Plataforma de DDHH para el Buen Vivir
63. Génesis Carrasco Riffo. Centro médico integral Alma Vida

B) CABILDO MOVIMIENTO NEURODIVERGENTE:

1. Observatorio de derechos humanos de autismo y Discapacidad,
2. Fundación Psicopedagogía Galvarino,
3. Agrupación Apanadia TEA, Arica.
4. Fundación MotivaTEA
5. Corporación Autismo Viña
6. Agrupación Autismo Marga Marga
7. Agrupación de Sordos Marga Marga
8. Fundación Nicolás
9. APED,
10. Red Infancia Chile ONG

11. PIACH ONG
12. Fundación Yo soy Autismo
13. Agrupación Autismo EA Femenino
14. Movimiento nacional por la infancia ONG emprender con Ala
15. Teamparo Azul
16. Autismo Renaico